

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR LE

N° 707

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

L'HUILLIER, Jean-Félix-Georges

né à Pithiviers (Loiret), le 2 Janvier 1908.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix.

Les différents types de malades à bile noire

Président : M. LOEPER, Professeur.

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1934

**Les différents types
de
malades à bile noire**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551813_0071

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

L'HUILLIER, Jean-Félix-Georges

né à Pithiviers (Loiret), le 2 Janvier 1908.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix.

Les différents types
de
malades à bile noire

Président : M. LOEPER, Professeur.

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1934

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	BEZANÇON.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNÉO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MARION.
Clinique propédeutique	BRINDEAU.
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN.
Professeurs sans chaire	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GALLIARD ... Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL ... Bactériologie.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA ... Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
CHABROL ... Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.

HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
JOANNON ... Hygiène.
LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.

PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI. }
AUBERTIN. } Clinique médicale.
BRULE. }
CHIRAY. }
DUVOIR. }
HARVIER. }
LIAN. }
ECALLE. }
GUENIOT. } Clinique obstétricale.
LE LORIER. }

MM.

LEVY-SOLAL. }
METZGER. } Clinique obstétricale.
BASSET. }
CADENAT. }
HEITZ-BOYER. } Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. }
MOURE. }
SCHWARTZ. }

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
FREY
LEDoux-LEBARD
WEIL-HALLÉ

Education physique.
Stomatologie.
Radiologie clinique.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien croire à nos sentiments respectueusement reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

Chirurgien de l'Hôpital de La Charité.

Chirurgien Chef de la Maison de Santé du Gardien de la Paix.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a inspiré cette thèse. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant un poste d'interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, nous permettant ainsi de profiter de son enseignement chirurgical dans des conditions enviées.

Nous tenons à le remercier pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et nous le prions de croire à toute notre respectueuse reconnaissance et à notre plus entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES DALSACE

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Médecin-consultant-libre à l'Hôpital de la Pitié.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a si grandement et si aimablement guidé dans la rédaction de cette thèse. Nous lui disons ici toute notre sincère reconnaissance et l'assurons de nos sentiments respectueusement dévoués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUBIN

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris.
Chirurgien-adjoint de la Maison de Santé du Gardien de la Paix.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a quotidiennement guidé de ses conseils durant notre séjour à la Maison du Gardien de la Paix avec l'affabilité la plus grande et la plus constante. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

MEILLERE, BANZET, GUEULETTE, MENEGAUX

Chirurgiens des Hôpitaux de Paris.

SUZANNE LEVY, GÉRARD MARCHANT,
FLANDRIN, RENARD,

*Chirurgiens et Spécialistes de la Maison de Santé
du Gardien de la Paix.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE TOURS

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRE (*in memoriam*)

Dont nous fûmes l'externe durant notre
première année de médecine.

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME LOUIS

*Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Tours.
Directeur de l'Ecole de Médecine de Plein exercice de Tours.
Officier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a toujours témoigné la plus
grande bienveillance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUQUIN

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HENRI VIGNES

MONSIEUR LE DOCTEUR CLOVIS VINCENT

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

INTRODUCTION

La présence de bile noire dans les voies biliaires au cours d'un grand nombre d'affections est un fait qui actuellement n'est plus contesté par personne et on est frappé par cette constatation : dans toutes les affections où on l'observe, elle s'accompagne de tout un cortège de symptômes qui se retrouvent toujours identiques à eux-mêmes. Si bien qu'il s'agit là d'un véritable syndrome et comme l'élément constant, « sine qua non » pourrait-on dire, est constitué par la présence dans la vésicule d'une bile foncée goudronneuse, il semble tout à fait légitime d'individualiser le syndrome sous le nom de « SYNDROME DE LA BILE NOIRE ».

Depuis la plus haute antiquité d'ailleurs, les médecins qui avaient constaté la coïncidence de la bile noire avec tout un ensemble de manifestations morbides, avaient fait de celle-ci une des quatre humeurs fondamentales de l'organisme.

Actuellement, nous sommes loin de la théorie « humorale » d'HIPPOCRATE et de GALIEN et pourtant il faut reconnaître que nous observons encore souvent le même tableau qu'ils décrivaient jadis.

Mais, jusqu'à présent, les différents cas dans lesquels on a noté la présence de bile noire ont été observés et décrits isolément. Or, ce que nous souhaitons faire ici, c'est essayer, après avoir décrit le syn-

drome, de rappeler les différents types d'affections dans lesquels on peut l'observer, de montrer dans chacun de ceux-ci l'importance qu'y prend le syndrome, nous efforcer d'établir les caractères propres du syndrome dans chaque cas, permettant ainsi de préjuger du cas auquel on peut avoir affaire, enfin envisager les diverses attitudes thérapeutiques que l'on aura à adopter dans chaque cas particulier.

Cependant il est un fait sur lequel nous tenons dès maintenant à insister : c'est qu'à la présence de bile noire dans la vésicule biliaire correspond, dans la majorité des cas, un trouble plus ou moins marqué du fonctionnement de la cellule hépatique et, si ce trouble fonctionnel peut être, dans certains cas, la conséquence de la stase de la bile dans les voies d'excrétion, dans toute une série d'autres cas il semble être l'origine même de la bile foncée que l'on trouve et dans les canaux biliaires et dans la vésicule.

HISTORIQUE

Nous n'avons nullement l'intention de rapporter ici tout au long les diverses interprétations que les Anciens donnaient de la bile noire. Nous voulons seulement rappeler sommairement la place et le rôle que, suivant les époques, les médecins ont accordé à la bile noire.

Nous tenons à dire, dès le début de ce chapitre, que sa rédaction a été largement inspirée de l'excellente thèse de S.-S. ZITZERMANN, sur « *les rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire* » à laquelle le lecteur aura d'ailleurs le plus grand intérêt à se reporter¹.

HIPPOCRATE le premier (460-380 avant J.-C.) parle de la bile noire (la *μελανα χολη*) et attribue à son excès l'affection qu'il appelle la « *μελανχολη* » ou mélancolie.

Pour l'Ecole Hippocratique, la bile noire était avec le sang, la pituite et la bile jaune, l'une des quatre humeurs fondamentales de l'organisme. L'homme se porte bien quand ces humeurs sont entre elles en équilibre normal, et comme qualité, et comme quantité, et quand elles sont dans un juste mélange. Il

(1) ZITZERMANN (Simon Samuel). — Rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire. La bile noire. Thèse Paris, 1929.

est malade quand l'une d'elles est en plus ou en moins ou quand elle est « séparée dans le corps et ne se trouve plus avec les autres dans un juste mélange ».

HIPPOCRATE avait bien noté le rapport entre la présence de la bile noire et les troubles psychiques qui l'accompagnent et avait déjà décrit, sous le terme de mélancolie, le syndrome psychique de tristesse et d'instabilité que l'on observe chez ces malades.

Quant à la nature de cette humeur ? Il dit que c'est l'humeur la plus épaisse, la plus visqueuse. Elle domine entre 25 et 45 ans ¹ « chez le bègue ou chauve, l'individu à voix faible ou le velu ». Elle surabonde au printemps mais surtout en automne « saison sèche et qui déjà commence à refroidir le corps de l'homme » saison de la mélancolie. Il semble d'après d'autres descriptions que, sous HIPPOCRATE, la bile noire se rapproche beaucoup du sang et que les manifestations qu'il lui reconnaît — vomissements ou diarrhée de bile très foncée — aient consisté le plus souvent en émissions de sang noir. HIPPOCRATE traduit sensiblement les idées de toute la médecine grecque sur la bile noire; cependant il nous faut signaler qu'ARÉTÉE DE CAPPADOCE (1^{er} Siècle avant J.-C.) a lui aussi bien mis en évidence les liens qui unissent mélancolie et bile noire. Il a, en particulier, bien décrit toute une série des signes organiques que l'on peut constater chez ces malades : « ...le ventre est toujours extrêmement serré ou, s'il passe quelque chose, ce sont des matières desséchées,

(1) De la nature de l'homme, VI, 39, § 7.

cuites, des crottes noirâtres teintées de bile; les urines sont bilieuses, âcres et passent en petite quantité. Ils ont les hypocondres tendus, pleins de vents, des éructations fétides, aigres et d'une odeur marécageuse, ils rejettent en même temps quelques bouchées d'une bile âcre mêlée de bile noire ».

Comme traitement, il recommande la saignée, la purgation, les cataplasmes ou les ventouses sur le foie et la tête rasée, un régime restaurant ou analeptique, des bains d'eaux thermales qui apportent une diversion agréable à l'ennui d'un long traitement.

GALIEN (131-201 après J.-C.) admet toujours la théorie des quatre humeurs mais la bile noire, comme la bile jaune d'ailleurs, n'est plus une humeur normale, c'est une humeur excrémentielle. C'est le foie qui par « coction » des aliments qui lui sont apportés forme le sang, la bile jaune et la bile noire. La bile jaune est bien excrétée par le cholédoque tandis que la bile noire est amenée à la rate par les veines qui présenteraient alors un double courant en sens inverse. Les comparaisons imaginées qu'emploie GALIEN pour opposer la bile jaune et la bile noire sont fort jolies mais n'expliquent rien, quant à la différence du mécanisme de formation de l'une et de l'autre bile. La rate, émunctoire du foie, purifierait les humeurs chargées de bile noire engendrées dans le foie pour en faire son aliment. Celles qui n'ont pas été transformées sont déversées directement dans l'estomac au moyen d'un conduit veineux. Mais, pour déterminer un état pathologique, il faut que la bile noire soit mélangée au sang et Galien distingue alors « humeur

noire » et « bile noire ». Quand l'économie est troublée, la bile jaune devient vitelline, la bile noire devient, elle aussi, « bien plus pernicieuse qu'elle n'était dans l'état naturel ». GALIEN, comme ses prédécesseurs, a nettement établi un rapport entre la présence de la bile noire et l'apparition de la mélancolie : Quand l'exhalaison atrabilaire, semblable à de la « suie ou à de la fumée remonte à l'encéphale, dit-il, « il se produira dans l'intelligence les symptômes mélancoliques ».

Comme thérapeutique, GALIEN préconise la saignée aux veines du coude, les bains, la purgation.

Les idées de GALIEN et de ses prédécesseurs sur la bile noire sont demeurées sensiblement identiques jusqu'à la découverte de la circulation sanguine. Les auteurs latins, byzantins, arabes, salernitains, n'ont fait que copier ou commenter les traités d'HIPPOCRATE et de GALIEN.

Au Moyen Age, l'influence mystique prédomine et l'on s'éloigne alors des considérations plus objectives d'HIPPOCRATE et de GALIEN pour expliquer quantité de phénomènes pathologiques par les légendes de la Mythologie et de l'Ancien Testament. Et, quant au sujet qui nous intéresse, on n'établissait plus de relation entre la bile noire et la mélancolie mais on considérait cette dernière comme une manifestation de l'esprit diabolique. Au moment de la Renaissance, au contraire, les théories des Anciens furent remises à l'honneur. C'est ainsi qu'AMBROISE PARÉ (1517-1590) s'étend longuement sur les caractères et les rapports de la mélancolie et de l'atrabile. Il admet toujours

la théorie des quatre humeurs mais la mélancolie s'identifie pour lui à une véritable humeur nouvelle pathologique qui résulterait de trois principaux mécanismes de formation. Les explications très imagées, fourmillantes d'épithètes pittoresques restent d'ailleurs très vagues et très floues et il est assez difficile de saisir exactement ce qu'il a voulu traduire. Il fait également une longue description très détaillée de l'homme mélancolique puis une énumération des causes favorisant l'apparition de l'humeur mélancolique. Pour lui, la thérapeutique reste la même que celle de ses prédécesseurs : purgation, saignée, changement de régime.

Il faut arriver à HARVEY (1578-1658) et à son petit livre « *De motu cordis* » (1628) dans lequel il démontre le mouvement circulaire continu du sang dans l'organisme, pour observer alors un bouleversement total des théories précédemment admises. Cette fois-ci, ce n'est plus du tout le foie qui intervient dans la constitution de la bile noire, — la rate n'y participe nullement non plus — mais, quand EUSTACHÉ eut découvert les capsules surrénales et y eut noté la présence d'une substance noire, c'est à ces capsules qu'on attribue le rôle essentiel dans la formation de la bile noire et on les appelle capsules atrabilaires. Cette conception ne fut d'ailleurs que très éphémère et n'eut pas de lendemain. C'est alors que la conception de la bile noire devient très confuse car on a tendance à abandonner la théorie des humeurs d'autrefois; l'on parle plutôt d'hypochondrie que de mélancolie et il est difficile

de savoir ce que les auteurs désignent exactement par ce terme.

Parmi les aphorismes de BÆRHAAVE (1668-1738), traduits en français en 1738, deux se rapportent à la mélancolie.

A — 1090 : Ce mal (la mélancolie) provient de cette malignité du sang et des humeurs que les Anciens ont nommé atrabile : il provient aussi de l'esprit et bientôt il se produit cette atrabile dans un corps parfaitement sain.

A — 1092 : Lorsque les parties les plus mobiles de toute la masse du sang se dissipent et laissent les moins mobiles unies ensemble, il ne reste plus dans les vaisseaux qu'un sang noir épais, gras et terrestre : on donnera à ce vice le nom d'humeur atrabilaire ou de suc mélancolique,

Peu après, dans la deuxième partie du 18^e siècle, fait son apparition la célèbre théorie des vapeurs. C'est alors que paraissent les « Traités des affections vaporeuses » de RAULIN, Pierre POMME, BEAUCHESNE. Les vapeurs, qui sont des productions pathologiques se produisant lorsque le cours des vaisseaux afférents ou efférents des organes est obstrué, montent des différents viscères abdominaux jusqu'au cerveau.

Le foie forme trois humeurs différentes : le sang, la bile hépatique et la bile vésiculaire. Ses obstructions sont les plus graves avec celles de la rate. Dans les états atrabillaires les auteurs précédents attachent une grosse importance à l'épaisseur, à l'hyperviscosité du sang. RAULIN fait intervenir la rate; chez les gens qui sont devenus mélancoliques la bile a dégénéré. « Or elle dégénère aisément lorsqu'il

s'est fait des obstructions dans la rate et que le sang qui passe par ce viscère ne peut pas s'y purifier ».

Un tel sang irrite les fibres du plexus du bas ventre ».

Il note alors la fréquence plus grande de cette affection chez les femmes et chez les intellectuels.

Comme on le voit, il est pour la première fois question d'un rapport entre les viscères et le plexus du bas ventre, premier pas de la conception du retentissement des maladies des organes sur le système nerveux central, le système vago sympathique.

C'est également vers ce moment que l'on commence à ne plus considérer la bile comme un excrément mais à lui accorder un rôle dans la digestion. Elle devient « une liqueur nécessaire sans laquelle le chyle » ne pourrait jamais acquérir le degré de perfection « dont il a besoin pour devenir sang ». Bref, dans l'ensemble, il est de moins en moins question de l'atrabile. Bientôt même on n'en parlera plus du tout.

Nous arrivons alors à la période moderne :

Le dix-neuvième siècle répudie dès le début les théories des tempéraments et des humeurs. Mais la psychiatrie faisant alors de considérables progrès et l'étude de la mélancolie parallèlement, de nombreux auteurs constatent dès ce moment, la coïncidence d'états mélancoliques avec des affections du foie et des voies biliaires. Dès 1821, DELAY et FOVILLE puis, par la suite KLIPPEL (1892), JOFFROY (1896), FAURE (1900) notent la coïncidence de troubles mentaux à tendance mélancolique au cours de cirrhoses hépa-

tiques, de lithiase biliaire, d'ictères aigus et chroniques.

En 1903, Gilbert LEREBoullet et COLLOLIAN font plusieurs communications sur la neurasthénie biliaire et l'origine biliaire de la mélancolie. Ils attachent surtout de l'importance à la cholémie qu'ils mettent en évidence chez leurs malades. Ils rapprochent la mélancolie, la neurasthénie biliaire et l'état mental observé chez les cholémiques. Ils incriminent la présence des éléments de la bile dans le sang. Ils attirent, dès ce moment, l'attention sur les lésions des autres organes infectés simultanément avec les voies biliaires, et nous verrons dans cette thèse l'association fréquente aux faits de bile noire de lésions coeco-colo-appendiculaires.

On est donc, à ce moment, à la notion de la mélancolie par insuffisance hépatique dont la conception est encore actuellement très défendable.

Toujours est-il que dans ces dernières années, les chirurgiens, d'une part, au cours de certaines interventions, les médecins, de l'autre, par le passage dans la pratique courante de l'épreuve de MELTZER-LYON, ont été amenés à constater fréquemment la présence de bile noire dans la vésicule. Plusieurs ont été frappés par le caractère tout particulier que donnait à leurs malades la présence de cette bile noire. D'où les publications diverses parues à ce sujet et les premières descriptions du syndrome observé dans ces cas.

Nous notons l'article de MM. Bernard DESPLAS et Jacques DALSACE sur « Les biles noires » paru dans

la Presse Médicale du 12 juillet 1930. M. CHIRAY a exposé son point de vue dans un article intitulé « La question des biles noires » écrit en collaboration avec MM. I. PAVEL et P. AMY¹. Rappelons à ce sujet qu'en 1925, M. CHIRAY a individualisé en une affection bien définie, un état vésiculaire particulier, sous le terme de « cholécystatonie² ». Il est revenu sur cette affection dans son remarquable livre sur « La vésicule biliaire » écrit en collaboration avec M. PAVEL³.

On trouve encore une description synthétique de la cholécystatonie dans un article paru en 1930⁴.

Citons encore l'article de MM. Bernard DESPLAS et Jacques DALSACE publié en avril 1932 à l'occasion du Congrès de la lithiase biliaire⁵, l'article de M. Jacques DALSACE sur « Les biles noires »⁶.

Nous ne citons bien entendu ici, que les articles qui ont ouvert le débat sur la question des biles noires.

Nous citerons, au cours du texte, les multiples contributions qui ont été apportées à la question par les médecins et les chirurgiens.

Nous sommes actuellement bien loin des ancien-

(1) CHIRAY, I. PAVEL et P. AMY, « La question des biles noires ». Presse Médicale, 4 juillet 1931.

(2) CHIRAY, PAVEL et MILOCHEVITCH, La cholécystatonie. P. M. de 1925, n° 73.

(3) CHIRAY et PAVEL, La vésicule biliaire, chez Masson, 1917.

(4) CHIRAY, LOMON, ZITZERMANN, PAVEL et MILOCHEVITCH, La cholécystatonie. Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques : 10 mars 1930.

(5) B. DESPLAS et J. DALSACE, « Bile noire et lithiase biliaire. P. M. 6 avril 1932.

(6) Jacques DALSACE, Les biles noires, Progrès Médical, 15 octobre 1932.

nes conceptions de la bile noire, qui restaient comme on l'a vu bien nébuleuses quant à son mode de production et à son siège exact. Nous nous trouvons en présence d'un fait clinique autour duquel nous pouvons grouper un faisceau d'éléments qui l'accompagnent constamment et à propos duquel la voie des hypothèses d'interprétation est ouverte.

S'il a été fait, au cours de ce chapitre d'historique, une place prédominante aux troubles mentaux accompagnant la bile noire, c'est que très longtemps, il y a eu confusion de termes et superposition de description entre atrabile et mélancolie. Bien que ces symptômes mentaux ne soient pas seuls observés, il n'en reste pas moins vrai que l'on doit leur donner une place très importante dans le syndrome clinique, car ils sont non seulement des signes essentiels de ce syndrome, mais aussi un des meilleurs éléments d'appréciation des poussées au cours desquelles il s'exagère et de sa guérison.

I. — LE SYNDROME DE LA BILE NOIRE

Nous nous proposons dans ce premier chapitre d'invidualiser nettement le syndrome dont nous voulons parler, d'en montrer les éléments constitutifs; parmi ceux-ci de bien mettre en relief ceux qui sont au premier plan, d'énumérer ensuite les signes accessoires variables qui passent au second plan.

Nous tenons à faire remarquer tout d'abord que nous n'innovons rien et que nous ne voulons rien usurper à personne. Le syndrome a déjà été écrit puisqu'on le retrouve, comme nous le verrons plus loin, chez les cholécystatoniques, chez les malades de MM. DESPLAS et DALSACE et chez bien d'autres; mais tandis que jusqu'ici dans toutes ces descriptions, il se trouvait incorporé à un tableau clinique bien déterminé et de pathogénie particulière, nous voulons ici en isoler les éléments fixes et constants, ceux qui se retrouvent identiques dans les diverses affections, les éléments mêmes qui caractérisent la présence de la bile noire. C'est dire qu'il ne faudra pas s'étonner de nous voir faire aux descriptions qui ont été déjà faites, de nombreux emprunts.

Dans tous les cas où on a constaté la présence d'une bile noire on observe essentiellement deux groupes de symptômes :

I. — *des symptômes digestifs.*

II. — *des symptômes psychiques.*

Accessoirement, une série de petits troubles moins importants, variables suivant les cas.

Nous décrirons enfin les réponses particulières que l'on obtient dans ces cas quand il est possible de pratiquer l'épreuve de Meltzer-Lyon. En l'absence de toute constatation opératoire (ou nécropsique) c'est en effet le seul moyen permettant d'affirmer le diagnostic au cas naturellement où l'on obtient une réponse absolument typique.

I. — *Les symptômes digestifs* pour lesquels les malades viennent consulter sont apparus depuis longtemps le plus souvent, et persistent avec une remarquable ténacité malgré les multiples thérapeutiques essayées par les malades.

Ils sont essentiellement de trois ordres :

- des signes de dyspepsie gastroduodénale à type biliaire,
- des troubles intestinaux,
- à l'examen physique, une douleur localisée dans le flanc droit.

a) *Signes de dyspepsie gastroduodénale :*

Les digestions sont pénibles, s'accompagnent de pesanteur après les repas, nécessitant parfois le repos dans le décubitus horizontal, de somnolence, d'éruptions, d'autre fois de douleurs tardives.

Les malades présentent une anorexie persistante qui s'oppose d'ailleurs à une alimentation raison-

nable. Ils présentent un état saburral avec bouche pâteuse ou amère, des nausées, des régurgitations pouvant aller jusqu'aux vomissements alimentaires ou bilieux survenant par crises. Les accidents peuvent d'ailleurs être réduits à la nausée et au goût amer dans la bouche existant seulement le matin.

b) *Troubles intestinaux :*

Ils sont le plus souvent à type de *colite* muco-membraneuse. Le fonctionnement intestinal est irrégulier. On observe une constipation plus ou moins tenace ou des crises diarrhéiques. Les selles sont tantôt foncées et fétides, d'autres fois décolorées. Des gaz intestinaux, des crises de ballonnement accentués par les écarts de régime incommode beaucoup les malades.

c) *La douleur à droite :* consiste en un endolorissement continu ou paroxystique du côté droit. A l'examen, parfois un point appendiculaire, mais souvent aussi un point douloureux vésiculaire. Le malade se plaint alors d'une gêne plus ou moins douloureuse, quelquefois d'une sensation de boule au-dessous du rebord costal droit. On observe communément alors une douleur à la pression vésiculaire, douleur que fait apparaître quelquefois l'exploration directe sous costale sur le malade en décubitus dorsal. Mais on la recherchera plus facilement encore sur le malade en décubitus latéral gauche dans la position « en chien de fusil » (que recommande M. CHIRAY) qui, en l'absence d'adhérences

péricholécystiques, amène alors le point vésiculaire jusqu'au milieu de l'angle costoxyphoïdien. On peut également palper le malade assis, penché en avant, en insinuant les doigts sous le rebord costal.

II. — *Les symptômes psychiques* consistent essentiellement en troubles mentaux à type dépressif. Ce sont des malades tristes, déprimés, inquiets qui présentent de plus des modifications progressives du caractère qui s'accusent avec la durée de l'évolution et avec les exacerbations des malaises digestifs. Ce sont ces sujets dont on dit vulgairement qu'« ils se font de la bile ». Ce sont bien ceux qui correspondent à l'étymologie même du terme de la « mélancolie » et ceux que désignaient sous l'appellation de « mélancoliques » les anciens auteurs. Actuellement la signification psychiatriques du mot a changé, mais le caractère de ces malades correspond toujours au terme pris dans son usage mondain.

Le syndrome psychique de ces malades a été fort bien étudié dans le tableau de la cholecystatonie fait par MM. M. CHIRAY, A. LOMON et S. ZITZERMANN, I. PAVEL et M. MILOCHEVITCH¹. Nous ne pouvons mieux faire que de leur emprunter le passage suivant :

« Le visage de ces sujets trahit déjà leurs sentiments. La tête est baissée, les sourcils froncés, le regard fixe; les lèvres ont une moue de découragement. Le malade profère ses réponses d'une voix plaintive, traînante comme à regret et pour peu qu'au cours de l'interrogatoire on rappelle un

(1) Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 mars 1930.

« événement pénible de sa vie, ses yeux deviennent
« inquiets et s'imprègnent de larmes.

« *La tristesse* est le symptôme dominant qui ne
« manque jamais. Assez souvent elle succède à un
« événement malheureux : perte d'un être aimé ou
« revers de fortune provoquant une émotion vive et
« douloureuse. Cette tristesse revêt un caractère
« de *douleur morale* qui, pour nombre d'auteurs est
« le propre des états mélancoliques. Au début de sa
« maladie, le sujet a l'esprit entièrement accaparé
« par le malheur qui l'a frappé, ressasse sans cesse
« sa peine et rien ne le distrait de son obsession.
« Si la compagnie ou la lecture le récréent parfois,
« en général il fuit la société et se désintéresse de
« tout. Il passe des journées et des nuits à pleurer
« et voit tout en noir. « *Les idées noires* » c'est le
« leit-motiv qu'on retrouve dans presque toutes nos
« observations... ».

Les auteurs montrent alors que l'exagération de ces troubles conduit assez souvent à un *véritable* état d'*anxiété*; le malade est inquiet de son avenir et redoute toutes sortes de catastrophes. Le malade exagère le moindre incident, il établit à tout propos les suppositions les plus regrettables, tout en reconnaissant lui-même leur invraisemblance. Parfois l'anxiété se systématise sous la forme d'*obsessions hypocondriaques* de peur de la mort. L'anxiété amène souvent à sa suite une *irritabilité* particulière, véritable décharge affective extérieure. Les malades présentent parfois de véritables accès de colère à propos d'incidents futiles. Ils déplorent de

devenir insupportables à leur entourage mais ne sont pas maîtres de leurs sautes d'humeur.

L'asthénie qui complique fréquemment cet état de tristesse et d'anxiété est à la fois *physique* et *psychique*. C'est une fatigue tout à fait disproportionnée aux efforts, une tendance au découragement, un manque de confiance en soi et en l'avenir. Elle peut être secondaire à un état douloureux ou à des troubles digestifs. Elle est surtout en rapport direct avec la tristesse et la sensation de douleur morale que l'on rencontre chez ces malades.

L'asthénie psychique consiste dans l'ensemble dans une difficulté de plus en plus grande de l'idéation. L'esprit paraît moins lucide, l'évocation des idées se faisant avec plus de lenteur. La mémoire semble amoindrie. Tout effort mental qui nécessite une attention prolongée tel que la conversation, la lecture, l'écriture d'une lettre, devient rapidement pénible.

Les auteurs précédemment cités écrivent encore :

« A cet état, se surajoutent des modifications de
« *la volonté*. Les sujets hésitants, *abouliques*, réfléchissent longtemps avant de prendre une détermination, même pour les actes ordinaires de la
« vie. L'effort détermine un sentiment de barrage,
« d'inhibition, — après lequel il devient d'ailleurs
« possible comme s'il y avait surtout une difficulté
« de mise en train. Ajoutons enfin qu'à ces
« différents troubles se superpose une *insomnie*
« rebelle qui existe chez beaucoup de ces malades.
« Les uns n'arrivent pas à s'endormir sans l'aide

« d'un narcotique, les autres s'endorment bien
« mais se réveillent au moindre bruit. Tous se plai-
« gnent de cauchemars qui se réfèrent aux circons-
« tances pénibles de leur vie ».

Tels sont les divers troubles psychopathiques que présentent les malades dans le syndrome de la bile noire. Plus ou moins accentués, réalisant un ensemble plus ou moins complet, ils n'en constituent pas moins un tableau constant et toujours caractéristique.

Troubles accessoires.

Nous passerons maintenant en revue rapidement quelques troubles accessoires qui accompagnent le syndrome mais qui sont surtout intéressant parce qu'ils l'ont fréquemment précédé et en ont marqué les diverses étapes au cours de l'évolution.

Ce sont des malades qui présentent des indigestions fréquentes, du prurit, de l'urticaire, des poussées de subictère parfois de l'ictère franc, la plupart de ces symptômes étant exacerbés ou provoqués par les écarts de régime.

On est frappé à l'examen par le teint cholémique ou subictérique de ces malades, par l'amaigrissement constant et plus ou moins prononcé qu'ils présentent. Leur tension artérielle est basse, leur langue saburrale.

L'examen de l'abdomen montre que le bord inférieur du foie déborde assez souvent le rebord costal et qu'il est sensible présentant le signe de MURPHY. On note presque toujours une sensibilité colique plus

ou moins étendue prédominante sur le coeco-ascendant avec en général point appendiculaire. Mais un symptôme sur lequel nous insisterons tout spécialement parce qu'il est particulièrement fréquent chez cette catégorie de malades, c'est la migraine biliaire.

Bien décrite par CHIRAY et TRIBOULET, nous rappellerons qu'elle se présente au premier abord comme la migraine commune avec sa douleur dimidiée tantôt localisée à un seul côté, tantôt prenant successivement un hémicrâne puis l'autre déterminant la photophobie, la crainte du bruit, la recherche de l'isolement, s'accompagnant des mêmes phénomènes vaso moteurs ou nerveux; rougeur de la face, brûlures du cuir chevelu, gonflement des yeux. Mais de ce tableau apparemment banal, certains caractères vont mettre en évidence la note biliaire. Le subictère des yeux et de la face un peu avant la crise, les vomissements spéciaux bilieux verts, jaunes ou noirs quelquefois même électifs, les malades rejetant la bile à l'exclusion des aliments, extraordinairement abondants suivis d'un énorme soulagement.

Nous dirons ici quelques mots de *la radiologie*. Les images seront différentes dans les différents cas de bile noire et nous les envisagerons à propos de chacun d'eux dans le chapitre suivant.

Disons tout de suite cependant que si parfois dans les cas de cholécystatonie, elle montrera une image de vésicule ptosée, distendue, non contractile, dans d'autres cas, elle peut montrer une image de lithiasc vésiculaire à laquelle s'associe fréquemment la bile noire comme nous le verrons. D'autres fois enfin, une

image vésiculaire absolument normale. C'est dans ces cas que l'étude radiologique de tout le tractus digestif présentera un grand intérêt attirant alors l'attention sur des modifications gastro-colo-appendiculaires qui se rencontrent si souvent au cours du syndrome de la bile noire telle que dilatation atonique de l'estomac — ptose ou coudure du colon, image d'appendicite chronique.

Mais nous réservons une place toute particulière à *l'épreuve du tubage duodénal et de l'excrétion vésiculaire provoquée* qui, par leurs réponses particulières, permettront souvent d'affirmer la présence de bile noire et parfois même d'en supputer l'origine. (Nous sommes obligés cependant de signaler que cette épreuve qui apparaît aux gens avertis comme une manœuvre bénigne et sans conséquence, n'est pas toujours facilement acceptée en clientèle privée et que des malades qui souffrent depuis longtemps et sont parfois prêts à accepter une intervention chirurgicale, seront parfois absolument affolés à l'idée de ce tubage duodénal, qu'ils refuseront obstinément).

On en connaît la technique qui est fort bien décrite dans une série d'ouvrages. Nous n'y reviendrons pas.

La réponse la plus caractéristique à l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée sera la récolte d'une bile B vésiculaire abondante et très colorée. Elle peut être obtenue du premier coup ou seulement après deux ou trois injections de sulfate de magnésie. Parfois on obtiendra l'excrétion de la bile foncée par compression directe exercée à la main sur la vési-

cule. Auparavant, on obtient une bile A légèrement plus colorée qu'à l'état normal mais c'est surtout la bile B qui présente des caractères anormaux.

On est d'abord frappé par sa couleur très foncée d'un brun noir, parfois par son abondance.

La bile C, bile hépatique qui succède à un moment donné à l'excrétion de la bile B sera plus foncée que normalement, parfois presque autant que la bile B précédente.

Toujours est-il que dans ces biles foncées, on note le plus souvent une hyperconcentration des éléments constitutants.

Les dosages des pigments biliaires par la méthode de HIJMANS VAN DEN BERGH modifiée par CHIRAY et MILOCHEVITCH, tandis qu'ils montrent dans la bile B, 650 à 750 milligrammes de pigments par litre, en décèlent seulement 50 milligrammes par litre dans la bile A.

En ce qui concerne la cholestérine, on a trouvé de même une augmentation très notable, un taux moyen de 2 gr. 50 alors que la normale serait de 1 gramme 50 pour 1.000. On décèle également assez souvent des quantités élevées d'urobiline et d'urobilinogène dans ces biles.

Bref, d'une manière générale, on observe une hyperconcentration générale de tous les éléments par rapport aux taux qu'on trouve chez les individus sains dont la bile a une coloration normale.

Mais on n'obtiendra pas toujours cette bile B caractéristique. Parfois, on n'obtiendra que quelques gouttes de bile B noire. Parfois pas du tout de bile

B, l'excrétion vésiculaire étant entravée par un obstacle. Si toutefois on obtient des biles A et C bien plus foncées que normalement, c'est alors qu'il pourra s'agir d'un cas de bile noire d'origine hépatique comme nous le verrons plus loin.

C'est là une épreuve que l'on ne devra jamais négliger et, toutes les fois que l'on aura la chance qu'elle soit acceptée par le malade, on devra toujours la pratiquer.

Nous venons ainsi de passer en revue les différents éléments du syndrome de la bile noire. Nous avons insisté à dessein sur le syndrome psychique qui nous semble particulièrement intéressant. En effet, le spécialiste des voies digestives ne devra pas se laisser égarer par les symptômes psychiques et rapporter les troubles organiques uniquement à eux mais, au contraire, essayer de faire la preuve de l'élément biliaire causal.

Et, de même, le psychiatre consulté pour de tels troubles, devra envisager leur étiologie possible dans un trouble du fonctionnement biliaire, chercher à le mettre en évidence et pourra parfois le guérir par le traitement adéquat.

Nous résumons en rappelant que le syndrome que nous décrivons comporte :

- des symptômes digestifs,
- des symptômes psychiques,
- des troubles accessoires,
- que la radio rendra toujours de grands services dans sa détermination,

— que seul le tubage duodénal, malheureusement pas toujours possible, pourra démontrer objectivement qu'il s'agit bien de bile noire.

Nous allons maintenant passer en revue la série des diverses affections dans lesquelles on peut observer le syndrome, en essayant d'en montrer les caractères particuliers dans chaque cas.

II. — LES AFFECTIONS DANS LESQUELLES ON PEUT RENCONTRER LE SYNDROME DE LA BILE NOIRE.

Nous avons l'intention, dans ce grand chapitre, de faire un tableau successif des affections à bile noire. Nous passerons assez rapidement sur les étiologies dès maintenant bien admises, pour nous étendre plus longuement sur les étiologies discutées ou encore à l'étude.

Nous commençons par donner le plan général de ce chapitre, présentation qui a pour but à la fois de donner d'emblée un tableau général du syndrome et de pouvoir se reporter au paragraphe qui intéresse plus particulièrement.

PLAN

A) LA BILE NOIRE PAR OBSTACLE MÉCANIQUE SUR LES VOIES D'EXCRÉTION :

Bien que ce chapitre soit très intéressant, puisqu'il se rattache intimément au problème des hépatites de la cholostase, nous serons forcé de passer sur lui assez rapidement car ce n'est pas à lui que se rapportent les cas qui font l'objet principal de cette thèse.

B) LA BILE NOIRE DANS LA CHOLÉCYSTATONIE :

Affection bien définie, bien décrite par CHIRAY et ses élèves, dont nous ne ferons que rappeler les caractères essentiels.

C) LA BILE NOIRE DANS LES TROUBLES D'ORDRE HÉPATIQUE OU HUMORAL AVEC MANIFESTATIONS ANGIO CHOLÉCYSTIQUES.

C'est dans ce paragraphe que rentrent les cas qui nous ont intéressés. Nous y insisterons étant donné les problèmes pathogéniques discutés qu'ils ont soulevés. Nous avons été amené à faire entrer dans ce paragraphe les cas de lithiase auxquels s'associe de la bile noire. Nous nous expliquerons sur cette assimilation au début même du paragraphe. Nous le subdiviserons ainsi :

1) *Cas purs : les « hépatocolitiques » de MM. DESPLAS et Jacques DALSACE sans infection vésiculaire.*

2) *Cas auxquels s'associe la lithiase.*

3) *Cas auxquels s'associe l'infection vésiculaire.*

4) *Cas auxquels s'associent à la fois lithiase et infection vésiculaire.*

D) LA BILE NOIRE DANS LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES.

E) LA BILE NOIRE AU COURS DE CERTAINS ICTÈRES CHRONIQUES SANS OBSTACLE SUR LES VOIES BILIAIRES.

Nous nous étendrons également un peu sur ce paragraphe d'ailleurs encore à l'étude. Nous rapprochons les quelques cas de cet ordre publiés sur la

pathogénie desquels on ne peut se permettre actuellement que des hypothèses.

A) LA BILE NOIRE PAR OBSTACLE MÉCANIQUE SUR LES VOIES B'EXCRÉTION :

Dans le mécanisme de production de cette bile noire, interviennent très vraisemblablement deux facteurs : d'une part, la simple stase qui détermine l'hyperconcentration des constituants de la bile et en particulier celle des pigments, d'autre part, l'hépatite consécutive à cette stase à plus ou moins longue échéance, qui détermine également la sécrétion d'une bile noire; — les hépatites de la cholostase ont été particulièrement bien étudiées dans la thèse de M. GUY ALBOT à laquelle nous renvoyons le lecteur pour plus de détails¹.

M. GUY ALBOT reconnaît au processus de la stase biliaire, 3 étapes :

- 1) étape de la cholostase à pression rétrograde,
- 2) étape de la cholostase à pression étale : l'hépatite bilieuse localisée périportale,
- 3) étape de la cholostase exclue : réparation parenchymateuse et cirrhose cholostatique.

A la deuxième étape du processus, l'hépatite réactionnelle peut être pour son propre compte génératrice de bile noire, si bien qu'à ce stade les deux mécanismes de production de la bile noire s'intriquent

(1) Guy ALBOT, Hépatites et cirrhoses. Thèse Paris 1931.

en proportions variables : bile noire par simple stase biliaire — bile noire par hépatite bilieuse consécutive.

On voit donc que dans ces cas, la production de bile noire ne s'explique pas aussi facilement qu'on aurait pu le penser au premier abord. Néanmoins, il est de fait que sa constatation est très fréquente.

Parmi les causes qui peuvent être à son origine, l'on peut envisager celles qui sont les plus fréquentes et celles qui sont les plus rares.

Il est deux grandes causes fréquentes d'oblitération, interne dans l'une, externe dans l'autre, des voies biliaires :

— l'oblitération calculeuse du cholédoque,

— les affections aiguës et chroniques de la tête du pancréas — inflammatoires ou néoplasiques. Mais avant tout le cancer de la tête du pancréas.

Dans un cas comme dans l'autre, on a fréquemment constaté la présence de bile noire. Nous rapportons à la fin de cette thèse un cas intéressant de cancer de la tête du pancréas avec bile noire que nous avons eu le loisir d'observer à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, dans le Service de notre Maître, le Docteur DESPLAS.

A côté de ces deux grandes causes fréquentes d'obstacle sur les voies biliaires, nous citerons un certain nombre de causes accessoires qui peuvent elles aussi s'accompagner de la présence de bile noire, telles que :

— le cancer des voies biliaires et toutes les variétés de rétrécissements du cholédoque,

— l'oblitération du cholédoque par des brides inflammatoires, des adhérences. La compression par un ganglion infiltré.

Quelques causes, d'ailleurs exceptionnelles, suffisent rarement à déterminer l'obstruction complète du conduit mais peuvent en rétrécir notablement le calibre, mettant obstacle à l'excrétion de la bile. Telles sont :

— la longueur anormale ou l'absence totale du méso qui unit la vésicule au foie,

— le développement anormal des ligaments hépatoduodénal et cysticocolique,

— les grandes anomalies de position de la vésicule (situs inversus).

En résumé, si les causes d'obstacle à l'excrétion de la bile peuvent être multiples, il en est deux de beaucoup les plus fréquentes :

— l'obstruction calculeuse du cholédoque,

— les affections de la tête du pancréas.

Elles s'accompagnent très souvent de bile noire. Mais là, comme nous le verrons plus loin, cette bile noire passe tout à fait au second plan et ne modifie guère la thérapeutique dirigée contre ces affections.

Nous n'insisterons pas plus sur ces cas. Le paragraphe suivant est consacré à la bile noire dans la cholécystatonie. Si, là, les auteurs invoquent dans la formation de cette bile la distension et l'atonie du réservoir biliaire, l'ensemble symptomatique est tout à fait voisin de celui présenté par les « hépatocolitiques » à bile noire hépato-humorale et l'on y

retrouve tous les éléments essentiels du syndrome que nous avons décrit précédemment.

B) LA BILE NOIRE DANS LA CHOLÉCYSTATONIE.

Nous ne reprendrons pas ici tout au long la description de cette affection que l'on trouvera précise et complète dans les diverses publications de M. CHIRAY et de ses élèves, auxquelles nous renvoyons le lecteur (voir Bibliographie). Nous nous contenterons d'en esquisser les principaux symptômes et d'en montrer l'allure générale.

La cholécystatonie qui consiste dans une atonie ou hypotonie de la vésicule biliaire, rentre dans le cadre des troubles du réservoir biliaire.

Caractérisée anatomiquement par une distension vésiculaire de faiblesse, indépendante de tout obstacle mécanique extrinsèque, elle se caractérise physiologiquement par un affaiblissement du tonus ainsi que du pouvoir contractile de la tunique musculaire cholécystique. En clinique, elle est caractérisée par des symptômes qui relèvent, les uns, de la vagotonie digestive; les autres, de la dyspepsie biliaire. Enfin, elle s'accompagne de signes spéciaux et caractéristiques à l'examen cholécystographique et à l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée; en particulier, au cours de ce dernier examen, par la présence d'une bile noire par hyperconcentration pathologique.

Nous ne nous étendons pas sur l'étiologie de l'affection, si ce n'est pour signaler qu'elle s'observe fréquemment chez les ptosiques — souvent porteurs

d'une gastrectasie par dislocation verticale de l'estomac et qu'elle coexiste souvent avec de la colite muco membraneuse. Elle se rencontre chez tous les épuisés, nerveux, neurasthéniques, surmenés, préoccupés et constitue une des manifestations les plus objectives du déséquilibre neuro-végétatif.

1°) En clinique, M. CHIRAY distingue 3 ordres de *signes objectifs fondamentaux à la cholecystatonie* :

- a) L'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée,
- b) La cholécystographie,
- c) La mise en évidence d'un point douloureux vésiculaire.

a) *Le tubage duodénal et l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée* :

Dans la forme la plus typique, la cholécystatonie se traduit, à cette épreuve, par la récolte d'une bile vésiculaire anormalement abondante et excessivement colorée.

On recueille alors une bile A légèrement plus colorée qu'à l'état normal. Mais c'est surtout la bile B qui présente des caractères anormaux. On est d'abord frappé par sa couleur très foncée d'un beau brun noir et son abondance. Elle apparaît comme hyperconcentrée, fait dont témoignent d'ailleurs les dosages par les méthodes chimiques.

Le dosage des pigments par la méthode de HJMAÏNS VAN DEN BERGH modifiée, les montre très augmentés. La cholestérine se trouve également augmentée (2 gr. 50 au lieu de 1 gr. 50 pour 1.000 dans

la bile A normale). On trouve également dans cette bile de l'urobiline et de l'urobilinogène en quantités très supérieures à la normale. Bref, dans la cholécystatonie, le rapport de concentration entre la bile hépatique et la bile vésiculaire monte à 5 et même 10 et 11 alors qu'à l'état normal il ne dépasse guère 3 ou 4.

L'examen cytologique montre ou ne montre pas d'éléments cellulaires suivant que la stase s'est compliquée ou non de cholécystite.

Il arrive souvent que dans ces cas une partie de la bilirubine ait été transformée en biliverdine ce dont il faudra se méfier dans les dosages.

b) Signes radiologiques de la cholécystatonie.

Les auteurs insistent sur le fait que la paroi vésiculaire n'étant plus contractile ne peut être tendue. « La forme du cholécyste rappelle donc non plus celle d'une poche élastique remplie de liquide mais celle d'une musette à moitié remplie d'avoine ». D'autre part, les aspects de la vésicule se modifient très nettement avec les changements de position du malade : debout, couché sur le ventre ou sur le dos. On peut classer les signes radiologiques en cinq ordres de faits :

a) L'allongement de la vésicule dans le décubitus ventral :

La vésicule atonique paraît exagérément longue.

b) L'élargissement du bas fond de la vésicule dans la station debout :

La vésicule paraît alors courte avec un bas-fond large et étalé, la vésicule s'appuyant fréquemment sur le colon.

La partie inférieure apparaît bien plus opaque que la région supérieure, fait dû à ce que la bile s'accumule dans le bas-fond sous l'action de la pesanteur.

c) *La version de la vésicule sous le bord du foie dans le décubitus dorsal :*

La vésicule dans cette position gagne la partie supérieure externe de l'hypochondre et se couche sous le bord du foie.

d) *L'évacuation incomplète de la vésicule pendant la digestion :*

Une heure et demie après la fin du repas qui suit la prise d'un premier film, un second film montre que le réservoir biliaire garde encore la moitié de son contenu tétraiodé. Le cholécyste prend alors la figure d'une poche longue et ballante.

e) *La modification considérable et passive de la forme de la vésicule dans le passage du décubitus ventral au décubitus dorsal.*

c) *La recherche du point douloureux vésiculaire :*

Troisième élément de la triade fondamentale de la cholécystatonie.

Le sujet se plaint spontanément de gêne plus ou moins douloureuse, parfois de sensation de boule au-dessous du rebord costal droit.

On observe alors communément une douleur à la

pression vésiculaire obtenue souvent par exploration directe sous costale.

On l'obtiendrait mieux encore sur le malade en décubitus latéral gauche dans l'attitude « en chien de fusil » qui relâche la paroi abdominale, et ainsi le point qui correspond à la vésicule se trouve ramené vers la ligne médiane presque au milieu de l'angle costoxyphoïdien. On recourbe les doigts sous le rebord costal vers le foie et on fait respirer profondément le malade. Ce dernier accuse une douleur très nette.

2°) *Aspects cliniques de la cholécystatonie.*

Il y a lieu de distinguer quatre classes principales de manifestations pathologiques :

- 1°) des troubles de dyspepsie biliaire,
- 2°) la migraine biliaire,
- 3°) des états mentaux dépressifs,
- 4°) les signes de la vagotonie générale

manifestations qui (d'après M. CHIRAY) sont toutes améliorées par le drainage médical biliaire.

1) — *Les accidents de dyspepsie biliaire :*

Ils consistent en :

- pesanteur après les repas nécessitant quelquefois le repos horizontal post prandium,
- anorexie persistante s'opposant à une alimentation raisonnable,
- plus rarement nausées ou vomissements bilieux,
- état constamment saburral de la langue.

Au point de vue intestinal :

— manifestations de colite muco membraneuse : constipation spasmodique entrecoupée de crises diarrhéiques avec décoloration des selles.

Les malades accusent une extrême intolérance vis-à-vis des corps gras et M. CHIRAY se demande si elle ne doit pas être attribuée à la carence dans l'intestin de la bile vésiculaire.

Au point de vue physique on notera bien entendu des signes caractérisant la dislocation verticale de l'estomac, ainsi que le spasme ou l'atonie du gros intestin.

Tous ces troubles entraînent une lassitude permanente et un amaigrissement rapide, atteignant 5, 10, 15 et 20 kilogs.

2) *La migraine biliaire* : Décrite par MM. CHIRAY et TRIBOULET, très fréquente chez ces malades.

Elle se rapproche beaucoup par certains côtés de la migraine commune. Douleurs hémicraniennes avec malaise violent, photophobie, crainte du bruit, recherche de l'isolement avec tout un cortège de phénomènes vaso moteurs et nerveux.

Mais certains caractères attirent l'attention sur l'appareil biliaire :

— le subictère des yeux et de la face peu avant la crise,

— des vomissements spéciaux bilieux verts, jaunes ou noirs, très abondants suivis d'un grand soulagement.

3) *Les troubles mentaux dépressifs :*

Nous n'y reviendrons pas longuement ici.

On voudra bien se reporter au tableau qui en est fait dans la description du syndrome de la bile noire, tableau sur lequel nous nous sommes étendu à dessein.

Nous ne ferons ici que le résumer en en rappelant les principaux éléments :

Il s'agit de sujets tristes, déprimés, inquiets, mélancoliques dans le sens vulgaire du terme. M. CHIRAY attire l'attention sur les sensations cénesthésiques fréquentes chez ces sujets : cénesthésies à prédominance abdominale qui semblent bien être l'expression confuse d'un déséquilibre diffus et mal déterminé du système para sympathique.

La physionomie des malades trahit déjà leurs sentiments.

La tristesse est le symptôme dominant qui ne manque jamais. Les « idées noires » constituent le leitmotiv qu'on retrouve dans presque toutes les observations. La tristesse se complique assez rapidement d'anxiété, que celle-ci ne se systématisé pas ou qu'elle se systématisé sous la forme d'obsessions hypochondriaques.

L'asthénie est un troisième élément qui complique fréquemment et augmente cet état de tristesse et d'anxiété. Asthénie à la fois musculaire et psychique, état d'anidéation.

De plus, on note des modifications de la volonté. Il s'agit de sujets abouliques incapables de prendre une décision.

Dans la chronologie des symptômes, il faut noter que les symptômes névropathiques sont apparus exactement en même temps que les accidents digestifs. Ils sont étroitement liés les uns aux autres et leur évolution est entièrement parallèle. Il semble bien d'ailleurs que leur cause commune soit l'état du déséquilibre neuro végétatif, l'état d'hypervagotonie (pour M. CHIRAY).

4) *Les signes généraux de la vagotonie* : M. CHIRAY en fait une classe de manifestations fréquentes dans la cholécystatonie. Pour lui, il s'agirait parfois d'un état constitutionnel mais aussi bien souvent il aurait été déclenché par un évènement de la vie : choc moral, toxi infection ou surmenage.

Le vagotonisme digestif se caractériserait par la dislocation verticale de l'estomac, la colite muco membraneuse.

Les manifestations extra digestives seraient nombreuses : D'abord des symptômes cutanés : dermographisme, érythème pudique, état froid et moite de la peau, sueurs faciles, tendance à la frilosité.

Des troubles respiratoires : bradypnée ou oppression.

Des troubles circulatoires, instabilité cardio-vasculaire, bradycardie, hypotension artérielle, acrocyanose.

Il est rapidement esquissé le tableau de la cholécystatonie. Bien entendu pour plus amples détails, le lecteur n'aura qu'à se reporter aux nombreuses

publications déjà parues sur ce sujet et mentionnées dans la bibliographie.

C'est à dessein que nous n'abordons pas ici l'étude du traitement qui trouvera sa place au chapitre des indications thérapeutiques dans les diverses manifestations du syndrome de la bile noire. Nous prions le lecteur de s'y reporter.

Nous allons aborder maintenant la description de toute une série de manifestations cliniques bien spéciales au cours desquelles l'on peut rencontrer également le syndrome de la bile noire. Ces cas étant restés jusqu'ici à l'état isolé, sans lien les uns avec les autres, nous essayerons de montrer comment on peut les faire entrer dans un cadre commun et en vertu de quel processus pathogénique nous nous croyons autorisés à le faire.

C) LA BILE NOIRE DANS LES TROUBLES D'ORDRE HÉPATIQUE OU HUMORAL AVEC MANIFESTATIONS ANGIO-CHOLÉCYSTIQUES.

Dans ce chapitre, nous faisons entrer de très nombreux cas de bile noire au cours d'états qui au premier abord pourraient sembler extrêmement différents. En fait nous nous proposons de montrer la chaîne qui relie tous ces cas entre eux et qui légitime la classification adoptée.

Il nous a semblé, en effet en rapprochant et en comparant un certain nombre d'observations, qu'il n'y avait pas de différences fondamentales entre cer-

tains cas de bile noire purs et certains cas auxquels s'associent de la lithiase ou de la cholécystite et qu'un même processus initial pouvait être à la base de ces différents aspects cliniques. Ce processus ne serait autre que celui même qui est à la base de la lithiase biliaire.

On sait combien sont nombreuses et discutées les théories pathogéniques au sujet de la lithiase biliaire.

On peut cependant les rassembler schématiquement en deux groupes :

— *Les théories mécaniques* : du catarrhe lithogène et de l'angiocholécystite infectieuse,

— *les théories chimiques et humorales*.

Ce sont ces dernières qui ont le plus de partisans actuellement.

On admet à peu près généralement les relations établies par CHAUFFARD et son école entre la lithiase biliaire et l'hypercholestérinémie. GRIGAUT a montré d'autre part que c'est avant tout la cellule hépatique qui puise la cholestérine dans le sang et la rejette dans la bile et que c'est encore cette même cellule hépatique qui, transformant une partie de la cholestérine en acide cholalique, forme le noyau chimique des sels biliaires.

Il en résulte fréquemment que l'hypercholestérinémie des hépatiques doit avoir inversement pour corollaire une diminution des sels biliaires dans l'organisme.

GRIGAUT conçoit donc ainsi la pathogénie de la lithiase biliaire : il y a d'abord hypogénèse des sels

biliaires, principaux agents de solubilisation de la cholestérine dans la bile, puis il y a rétention cholestérinique dans le sérum, hypercholestérinie biliaire et tendance à la précipitation de cette cholestérine en excès.

Ainsi donc, pour GRIGAUT, la cholélithiase aseptique a pour condition une forme spéciale de l'insuffisance hépatique caractérisée essentiellement par une hypogénèse des sels biliaires.

Or, il résulte, d'autre part, de l'analyse d'un grand nombre de biles de cholécystostomies¹, que par ailleurs la diminution des sels biliaires dans la bile coïncide fréquemment avec l'augmentation de la concentration des pigments qui est le propre même de la bile noire. Si bien qu'en rapprochant ces constatations chimiques des observations cliniques, on est en droit d'admettre que dans toute une série de cas, la production d'une bile noire apparaît comme un des premiers stades de la lithiase biliaire, pouvant caractériser un des aspects de ce qu'on appelle la « préolithiase biliaire », le *primum movens* du trouble conditionnant cet état résidant toujours dans la cellule hépatique.

En effet, s'il est permis de penser comme on l'a vu plus haut que la cause même de la lithiase réside dans un trouble de la sécrétion hépatique beaucoup plus que dans une affection primitive des voies biliaires, on peut également penser que la bile noire, dans certains cas, caractérise un état de préolithiase

(1) Thèse du Dr Paul BORIN, Biles et Cholécystostomies. Paris 1933.

biliaire, dans la mesure même où l'hyperconcentration en pigments coïncide avec une insuffisance cholaligénique.

Telle est la conception suivant laquelle nous englobons dans le même chapitre certains cas de bile noire purs et d'autres cas où s'y associe la lithiase, et suivant laquelle nous avons réuni ces faits sous le titre donné à ce chapitre : « Troubles d'ordre hépatique ou humoral avec manifestations angio cholécystiques ».

Nous avons subdivisé ce chapitre en plusieurs paragraphes classés de la façon suivante :

1) Cas purs de bile noire chez les « hépto colitiques » de MM. DESPLAS et Jacques DALSACE, sans infection vésiculaire.

2) Cas auxquels s'associe la lithiase.

3) Cas auxquels s'associe l'infection vésiculaire.

4) Cas auxquels s'associent simultanément la lithiase et l'infection vésiculaire.

1) Syndrome de la bile noire hépto humorale dans les cas purs — chez les « hépto colitiques » de MM. DESPLAS et Jacques DALSACE, sans infection vésiculaire.

Nous nous occuperons d'abord de ces cas de bile noire qui ont fait l'objet des articles publiés dès 1930 par MM. DESPLAS et Jacques DALSACE¹ et nous nous

(1) B. DESPLAS et Jacques DALSACE, Les biles noires. Presse médicale, 12 juillet 1930.

y étendrons quelque peu étant donné l'intérêt tout particulier qu'ils présentent.

Il s'agissait de malades chez lesquels l'examen clinique et les épreuves de spécialité avaient fait porter le diagnostic de cholécystite chronique avec suspicion de bile noire. On est intervenu. Comme on l'avait pensé on n'a trouvé de calculs ni dans la vésicule, ni dans le cholédoque mais dès la ponction de la vésicule une bile noire qui le plus souvent s'est montrée aseptique. Chez ces malades on avait noté en effet tous les éléments du syndrome de la bile noire mais avec, en plus, certains caractères qui pouvaient faire soupçonner qu'il ne s'agissait ni de cholécystationie ni des autres formes cliniques du syndrome.

Nous rapportons ici l'observation typique de l'un de ces cas qui montrera mieux que les descriptions les plus détaillées, les traits tout particuliers à cette classe de malades :

OBSERVATION N° 1.

(Observation obligeamment communiquée par notre maître, le D^r Jacques DALSACE).

Mme Yvonne G..., 36 ans, est vue par le D^r DALSACE en 1930. Nous résumons les traits saillants de son passé médical.

Elle avait une santé de fer dans l'enfance.

En 1908, crise d'appendicite aiguë. Les crises se répètent de 1908 à 1927 à intervalles de plus en plus rapprochés.

30 mars 1927. Appendicectomie (D^r WOLFF). Appendice nettement malade.

Va bien jusqu'en décembre 1928.

A partir de décembre 1928, se met à présenter des crises douloureuses, violentes du flanc droit accompagnées de nausées et même parfois de vomissements. Alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques. Migraines. Amaigrissement de 11 kilogs d'août 1929 à février 1930. Tristesse, an-

goisse et irritabilité. Découragement. Désir de mourir. Crainte de la solitude. Ces phénomènes psychiques apparaissant par poussées coïncidant avec les manifestations digestives. Dans l'intervalle de ces poussées, la malade retrouve gaieté et entrain. On note une influence manifeste des émotions et des contrariétés sur l'apparition des poussées.

A l'examen en décembre 1930 on note essentiellement une douleur du colon droit et de la vésicule qui, à certains examens est perçue tendue, douloureuse.

Pensant à des accidents de cholécystite chronique avec possibilité de bile noire, on décide d'intervenir.

16 février 1931. *Intervention* (D^r DESPLAS), — Anesthésie à l'éther. Incision paramédiane droite. Grosse vésicule. Adhérences épiploïques très importantes : au cœcum, à la paroi, au colon. Libération complète de ces adhérences. Résection totale de l'épiploon. Autres adhérences au foie, au péritoine pariétal et adhérences du foie au diaphragme. 2 brides très fortes fixent le duodénum au foie de part et d'autre de la vésicule qui est dilatée et se vide mal. Libération de ces adhérences. La vésicule est toujours pleine. On la ponctionne : bile noire. Cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires. — Sans incidents particuliers. La température n'a pas dépassé 38°3 et est très vite revenue à la normale. La bile coule noire pendant une huitaine de jours surtout celle de nuit qui est plus abondante que celle de jour (quantités moyennes : Bile de jour : 40 cc, Bile de nuit : 60 cc).

La malade est sortie le 9 mars 1931.

Elle a été revue le 14 avril 1931 : très bon état. Biles plus claires (bile de jour : 60 cc. Bile de nuit : 125 cc). A déjà engraisé de 2 kilogs. Est envoyée à Châtel-Guyon pour y faire une cure.

Cure à Châtel-Guyon entre le 5 et le 25 mai 1931. (Suivie par le D^r BRUNIER). On a noté soigneusement pendant ce temps les colorations et les quantités respectives des biles de jour et de nuit.

Dans l'ensemble, la bile de nuit dont la quantité reste toujours plus élevée que celle de la bile de jour et qui s'écoulait encore très foncée au début de la cure s'est éclaircie progressivement, la bile de jour suivant d'ailleurs des variations de coloration parallèles. On enlève la sonde.

Du 26 mai au 3 juin où la bile a cessé de couler par cicatrisation spontanée complète de la fistule, la bile s'est éclaircie de jour en jour.

La malade a été revue tout récemment en janvier 1934. Depuis l'intervention son état a été tout à fait transformé malgré un rhumatisme vertébral douloureux et ankylosant ayant nécessité des cures à Dax, actuellement en bonne voie d'amélioration. Elle garde une légère douleur à la palpation de la vésicule et du cœcum. Elle est obligée de surveiller le fonctionnement intestinal et son régime mais les crises douloureuses du flanc droit ont complètement disparu; l'état général très bon. Quant à l'état psychique il est transformé du tout au tout. La malade est gaie, a repris goût à la vie, son caractère est doux et affable, elle n'a plus ces crises psychiques qui accompagnaient les manifestations digestives.

Nous adjoignons à cette observation quelques résultats intéressants d'examens de bile pratiqués par le Laboratoire GOIFFON.

Examen bactériologique de la bile prélevée aseptiquement par ponction opératoire : L'examen bactériologique de la bile a été négatif. Il n'a pas été constaté de germes à l'examen direct. Les cultures pratiquées sont restées stériles.

*Tableau d'examens complets de biles obtenues
par la sonde de cholécystostomie à diverses époques
du drainage.*

	Volume	P H	Cholestérine	Sels biliaires.	Pigments biliaires (Méthode de Moulegracht)	Concen- tration.	Examen microscopique des sédiments.
19 février 1931							
Bile de jour. 8 h. matin, 8 h. soir.	50 cc.	6,8	0,42 0/00	2,94 0/00	502	0,035	Pas d'éléments visibles.
Bile de nuit 19 au 20 8 h. soir, 8 h. matin.	40 cc.	6,8	0,42 0/00	2,94 0/00	492	0,042	Très rares leucocytes.
21 février 1931							
Bile de jour	6 cc.	6,8	1,80 0/00	7,43 0/00		0,132	Cristaux de cholestérine
Bile de nuit. 14 avril 1931 Bile de nuit. 14 au 15	38 cc.	6,7	3 0/00	5,13 0/00		0,120	id.
20 h. à 8 h.	65 cc.	6,8	1,06 0/00	29,75 0/00	190	0,045	Cristaux de cholestérine
Bile de jour du 15.							
8 h. à 20 h.	48 cc.	6,8	1,08 0/00	17,85 0/00	140	0,040	id.

On remarquera dans les derniers examens l'augmentation des sels biliaires concomitamment avec la diminution des pigments.

En résumé, on a affaire ici à un type bien défini de bile noire hépato humorale pure sans lithiase, sans infection vésiculaire puisque la bile elle-même s'est montrée aseptique.

On retrouve dans cette observation les grands caractères du syndrome de la bile noire. Nous avons déjà vu qu'on les subdivise en deux ordres de symptômes principaux :

- Les symptômes digestifs,
- Les symptômes psychiques.

Nous ne les reprendrons pas en détail puisqu'ils ont été décrits longuement au chapitre du syndrome.

Les douleurs peuvent, à vrai dire, être extrêmement variables : parfois légères, estompées, simple endolorissement du flanc droit, elles peuvent dans certains cas revêtir au moment des crises une grande acuité. On peut en distinguer grosso modo deux aspects bien différents :

- Des douleurs tardives du type de la dyspepsie psie hypersthénique,
- Des douleurs de distension de la vésicule ou coliques vésiculaires.

Nous insisterons cependant un peu sur certains symptômes fréquemment notés : Ce sont des phénomènes intestinaux de colite et plus particulièrement de typhlo colite. On observe souvent soit une constipation simple avec ou sans mucus, soit une véritable colite muqueuse soit encore une constipation paroxysmique entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Au point de vue physique, on note, en rapport avec ces symptômes fonctionnels, une sensibilité plus ou moins vive

de la région de Mac Burney qui correspond d'ailleurs tantôt à de la typhlite, tantôt à de l'appendicite. Associée à la douleur vésiculaire sous costale, elle justifie le terme de « douleur à droite » qui forme comme on l'a vu un des éléments principaux du syndrome de la bile noire. On pourra ainsi voir se produire simultanément des crises intestinales ou vésiculaires ou au contraire les voir alterner dans le temps. On rapportera donc tantôt à l'état intestinal, tantôt à l'état vésiculaire, les troubles observés. Une association a d'ailleurs déjà été décrite sous le nom de « typhlo cholécystite » (G. DURAND et M. E. BINET ¹). Nous en rapprocherons également l'association d'appendicite et de cholécystite chronique déjà décrite sous le nom d'« appendicule cholécystite chronique » (Jacques DALSACE) ².

Les troubles psychiques sont l'autre élément capital du syndrome. On les décèle le plus facilement chez ces malades qui s'en plaignent souvent spontanément.

Rappelons qu'ils se schématisent en 3 ordres de faits :

— Troubles affectifs : tristesse, anxiété,

— Troubles intellectuels : entrave, ralentissement de l'idéation.

— Troubles du caractère : irritabilité, colère.

Souvent les malades n'oseront pas d'eux-mêmes les évoquer. C'est alors qu'on devra avec discrétion les mettre sur la voie des confidences. Convaincus

(1) DURAND et BINET, Les typho cholécystites chroniques. T. M., 4 mars 1925.

(2) J. DALSACE, L'appendicule cholécystite chronique. Presse Médicale, n° 2 du 4 janvier 1930.

alors que le médecin les comprend et les plaint, ils raconteront volontiers toutes leurs « misères » et même parfois avec d'intéressants détails.

Ces troubles ont été décrits en détail au chapitre du syndrome. Nous tenons à mentionner ici qu'ils ne sont que l'exagération des troubles mentaux observés depuis très longtemps par les auteurs qui se sont occupés des cholémies familiales. Dans une communication de MM. GILBERT et LEREBoullet, datant de 1903, à la Société Médicale des Hôpitaux¹ sur l'état mental des cholémiques, les auteurs donnent comme principaux caractères de cet état : la tendance à la tristesse et aux idées noires — l'hypochondrie qui porte les sujets à exagérer chez eux l'importance des petits troubles morbides — des modifications de la volonté qui est fréquemment incertaine, hésitante, des troubles du caractère, ces sujets sont mous, apathiques, sans énergie. On voit que les différents ordres de symptômes psychiques propres à la bile noire sont déjà représentés parmi ceux de l'état cholémique et qu'il n'y a entre les deux états qu'une question de degré et d'intensité, la bile noire poussant au paroxysme les troubles des cholémiques.

Quant aux troubles accessoires que nous avons mentionnés au chapitre du syndrome de la bile noire, on en retrouve un certain nombre dans l'observation de cette malade. Nous attirerons à ce propos l'attention sur deux autres symptômes fréquemment associés également chez ces malades : l'urticaire et la

(1) GILBERT et LEREBoullet, Etat mental des cholémiques. Société Médicale des Hôpitaux, 31 juillet 1903.

migraine. Se reproduisant avec une régularité désespérante, ils annoncent parfois plusieurs jours à l'avance une crise paraxystique. Ils ne cèdent en général qu'à un traitement qui vise l'amélioration de l'état hépato vésiculaire et semblent en rapport avec une insuffisance hépatique légère favorisant les accidents dits de colloïdoclasie.

On pourra rechercher également chez ces malades la possibilité de signes de vagotonie digestive et générale parfois associés; l'on sait que certains auteurs rangent au nombre de ceux-ci la colite muco membranetuse que l'on rencontre si fréquemment. On pourra déceler également chez ces malades certains troubles rencontrés quelquefois chez les hépato biliaires, tels que vertiges avec troubles d'équilibre légers ou plus accentués, lipothymie et parfois même agoraphobie¹.

Mais, comme on le voit, hormis l'importance des troubles psychiques, le tableau est très voisin de celui des cholécystites simples et même lithiasiques au point que souvent on intervient chirurgicalement sur un diagnostic de cholécystite et c'est l'intervention qui montre qu'il ne s'agit pas d'infection vésiculaire mais d'une simple bile noire. Quels seront les éléments de diagnostic qui permettront de penser qu'il s'agit d'une simple bile noire, sans cholécystite, sans lithiasie ? Mis à part les examens de spécialité et pour rester sur le strict terrain clinique, on pourra tirer parfois quelques présomptions de l'évolution

(1) J. DALSACE, Vertiges, Lipothymie, Agoraphobie chez les hépato biliaires. Progrès Médical, n° 44 du 8 novembre 1930.

générale de l'affection. Les crises surviennent certes par poussées comme celles de cholécystite, cependant, en général, l'ensemble des symptômes est moins accentué dans la lithiase. Les douleurs, il faut le dire, sont éminemment variables; parfois légères — simple endolorissement du flanc droit, — d'autres fois elles sont violentes au point d'immobiliser le malade d'une façon absolue et de le faire crier de douleur. Cependant il se produit rarement d'ictère vrai, de décoloration des matières.

D'autres fois les malades peuvent ne pas interrompre le cours de leurs occupations. Ils sont simplement gênés, présentent cette lourdeur pénible du flanc droit, un léger subictère, de la constipation, une langue sale, de l'anorexie. Mais le fait essentiel qui peut être l'élément principal du diagnostic sera constitué par la part psychique très importante des phénomènes morbides. Les malades présentent ce que l'on appelle vulgairement depuis la guerre « le cafard ». Il leur semble que toutes leurs affaires marchent mal, qu'ils ne sortiront jamais des situations difficiles où ils peuvent se trouver, et ils accumulent mille raisons d'être tristes tout en étant complètement dépourvus de l'énergie nécessaire pour transformer leur situation pénible. Ils sont fatigués, engourdis, ont envie de sommeiller et on retrouve chez eux la plupart des éléments décrits dans le syndrome psychique, quelquefois même les troubles organiques sont réduits au minimum et la poussée s'accuse uniquement par des manifestations psychiques. On voit donc que le gros argument du dia-

gnostic reposera sur la grande importance voire souvent la prédominance des troubles psychiques au cours des poussées de l'affection, qui, en général, seront moins douloureuses que les poussées de cholécystite véritable.

La radiologie rendra bien entendu de grands services dans l'établissement du diagnostic. Sans préparation spéciale, elle pourra déjà montrer parfois l'ombre vésiculaire et témoignera de l'absence de calculs opaques aux rayons X. Après injection de tétraiodophénolphtaléine, on tirera d'intéressantes déductions du fait que la vésicule s'injecte bien ou non. Dans le cas de bile noire on peut d'ailleurs rencontrer l'une ou l'autre éventualité. Si elle s'injecte complètement on pourra en tous cas éliminer de façon sûre le diagnostic de lithiase vésiculaire.

Le tubage duodénal complété par l'épreuve de MELTZER-LYON a toujours un gros intérêt. Le fait qu'il ramène une bile B épaisse et noire conserve une importance diagnostique essentielle surtout si la bile C qui lui fait suite est également plus foncée que normalement. La constatation de bile noire à cette épreuve incite à essayer tout d'abord les thérapeutiques médicales qui, comme on le verra, suffisent souvent, à amener de grandes améliorations.

Il se peut que le tubage ramène une certaine quantité de petits calculins, ce fait à lui seul n'autorise pas à conclure à une lithiase vésiculaire car il arrive qu'on rencontre un grand nombre de ces petits calculins sans qu'il y ait de calcul d'une certaine importance. Parfois d'ailleurs il s'agira de calculins com-

plètement noirs qui semblent bien être des calculs pigmentaires s'étant formés dans les canaux biliaires intra hépatiques et venant directement du foie.

On voit que le diagnostic de bile noire pure est assez délicat à porter. Il résulte d'une analyse attentive des phénomènes observés, en particulier d'un sérieux interrogatoire portant sur les troubles psychiques. Le diagnostic ne sera confirmé que par le tubage lorsqu'il sera loisible de le pratiquer ou une intervention sur les voies biliaires pour les cas où on l'aura jugée nécessaire.

Néanmoins, il est possible, même sans le tubage, en se basant essentiellement sur un syndrome psychique net et important, de porter le diagnostic de bile noire. Cela a été le cas dans un certain nombre des observations que nous rapportons où le diagnostic a été vérifié par l'intervention.

Mais un autre problème bien plus délicat, se pose : nous n'avons jusqu'ici établi des éléments de diagnostic qu'entre bile noire et cholécystite, lithiasique ou non, mais pourra-t-on faire le diagnostic entre bile noire hépato humorale telle que nous l'entendons et bile noire par cholécystatonie ?

Le diagnostic purement clinique devient extrêmement difficile. On se rappelle, en effet, combien l'état de nos malades ressemble étroitement à celui des cholécystatoniques : mêmes troubles digestifs, mêmes troubles mentaux, mêmes symptômes accessoires très souvent. Même en invoquant la pathogénie différente de la bile noire dans l'un et l'autre cas — trouble du

fonctionnement de la musculature vésiculaire chez les cholécystatoniques — trouble de la cellule hépatique elle-même — hépatite ou hépatose chez nos malades — on ne peut, à travers les manifestations cliniques des deux sortes d'affections, trouver de différences suffisamment constantes pour en faire des éléments de discrimination. Peut-être dans un plus grand nombre de cas — chez les hépto colitiques — la crise douloureuse est-elle plus violente que la crise de cholécystatonie, peut-être trouble-t-elle plus profondément le fonctionnement digestif, détermine-t-elle des troubles psychiques plus intenses, et s'améliore-t-elle bien plus lentement ? Toujours est-il que ce ne sont même pas là des constatations assez constantes pour qu'on puisse baser sur elles le diagnostic.

La radiographie, par contre, apportera des signes d'un véritable intérêt. Au cas de cholécystatonie, elle montrera les diverses images décrites au chapitre précédent, que l'on ne rencontrera pas quand il s'agira d'hépto colitiques.

Le tubage, par contre, n'offrira qu'un intérêt relatif car il ramène dans les deux cas de la bile noire et si elle est constamment aseptique chez les cholécystatoniques, elle l'est le plus souvent également chez les hépto colitiques et l'asepticité de la bile caractérise même les cas les plus purs. Toutefois l'obtention d'une bile C très foncée à l'épreuve de MELTZER-LYON serait en faveur d'une atteinte hépatique.

En résumé, on voit qu'entre ces deux dernières variétés de bile noire le diagnostic est extrêmement difficile sinon le plus souvent impossible. Qu'on porte

l'un ou l'autre diagnostic d'ailleurs, les directives thérapeutiques sont tout au moins au début sensiblement les mêmes. Même ce pourra être parfois de la réussite ou de l'échec de la thérapeutique que l'on pourra tirer un appoint diagnostique important.

Si, en effet la thérapeutique par les tubages répétés qui réussit dans la cholécystatonic, échoue de façon constante et prolongée, c'est qu'il s'agit vraisemblablement d'une bile noire par hépatite et de pareils échecs persistants et prolongés autorisent à tenter le drainage chirurgical qui a donné dans de nombreux cas de si heureux résultats.

Mais, dans ce paragraphe, il n'a été question que des cas de bile noire pure que nous avons définie au début. Souvent à celle-ci s'associe la lithiase, l'inflammation de la vésicule. Ce sont ces cas que nous allons maintenant envisager en nous efforçant de montrer que, par rapport aux précédents, il n'est question que de degré dans les manifestations, sans qu'il y ait entre eux aucune différence essentielle.

2) Syndrome de la bile noire hépatohumorale avec association de lithiase biliaire sans infection vésiculaire.

Les observations en sont fort nombreuses. D'ailleurs, depuis que l'on pratique l'extraction des calculs vésiculaires ou cholédociens, de nombreux auteurs ont signalé à l'intervention la présence de bile

noire. Ce paragraphe a pour but de montrer l'intérêt que présente l'association de cette bile noire, quels signes elle ajoute aux signes de lithiase, quelles considérations pathogéniques elle peut faire envisager, en quoi elle peut modifier l'attitude thérapeutique.

Nous envisageons plus spécialement les cas où s'associent lithiase et bile noire sans qu'on ait rencontré à l'opération d'infection des parois vésiculaires, en particulier ces nombreux cas où la bile que l'on a trouvée était aseptique.

Cliniquement ce sont des cas qui sont étiquetés cholécystites lithiasiques, étant donné l'impossibilité où on se trouve avant l'intervention de préciser l'état histologique des parois vésiculaires. Il s'agit donc de cas pour lesquels on avait porté cliniquement le diagnostic de cholécystite calculeuse chronique, chez lesquels la radiographie a pu montrer, mais pas toujours la présence de calculs. En l'absence de manifestations infectieuses caractéristiques il serait d'ailleurs plus juste de qualifier seulement ces cas de « calculs de la vésicule » comme on dit « calcul du cholédoque ».

Dans ces cas de « calculs de la vésicule » parmi les symptômes décrits habituellement dans les traités, quels sont ceux qui pourront orienter vers le diagnostic de bile noire associée ?

Nous n'énumérerons pas les formes cliniques multiples que peut présenter la calculose vésiculaire chronique. Mais nous préférons commencer par reproduire une observation très caractéristique d'un de ces cas de lithiase avec bile noire.

OBSERVATION N° 2.

(Observation recueillie dans le service de notre Maître le D^r Bernard DESPLAS à la Maison de Santé du Gardien de la Paix).

Mme Ch... Alice est entrée à la Maison de Santé des Gardiens de la Paix, le 3 mai 1933.

Cette malade n'a présenté dans son passé aucune maladie antérieure sérieuse si ce n'est depuis quelques années des crises de coliques hépatiques avec ictère.

Une première crise en 1928 a duré 7 heures.

Une deuxième crise vers le début de 1931 accompagnée d'ictère a duré 4 à 5 jours. Il s'agissait d'un ictère fébrile avec urines foncées et décoloration des matières.

Depuis elle a eu encore à plusieurs reprises des crises du même type se reproduisant de plus en plus fréquemment avec douleurs dans l'hypochondre droit à l'épaule droite, calmées en général par les compresses laudanisées.

Elle a présenté un nouvel ictère en février 1933 qui a duré une huitaine de jours.

Enfin une dernière poussée en mars 1933 plus courte que la précédente.

Elle présente des troubles digestifs assez marqués, une anorexie élective pour les viandes et les œufs, des digestions lentes et pénibles. Elle a des céphalées fréquentes et présente des troubles psychiques consistant surtout en tristesse et instabilité.

A l'examen : son foie déborde un peu le rebord costal. Elle présente un signe de Murphy très net, des taches rubis sur l'abdomen, du subictère conjonctival.

La radio ne montre pas de calculs visibles.

Intervention le 6 mai 1933 (D^r DESPLAS). — Sur diagnostic clinique de cholécystite calculeuse. Anesthésie à l'éther. On trouve une vésicule à parois blanches en certains points. A son ouverture, grand nombre de petits calculs en grains de plomb et bile noire. On note de plus une grosse inflammation périappendiculaire.

On pratique :

— d'une part une appendicectomie rétrograde;

— une cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer.

Dans les suites opératoires rien de particulier. La bile a coulé franchement noire les 6, 7, 8 et 9 mai, puis est passée

successivement par les teintes marron noir, marron vert, verdâtre, vert clair, jaune foncé, jaune clair.

La malade a quitté la maison de santé, avec sa sonde intravésiculaire très bien tolérée, le 2 juin 1933.

Elle a été revue en octobre 1933. Elle porte toujours sa sonde qui donne maintenant très peu. Son état général est excellent. Elle a engraisé dans de notables proportions. Elle n'a plus de douleurs, plus de crises de subictère. Son moral est bien meilleur. Elle est gaie et aimable avec son entourage.

Cette observation, dans laquelle il s'associe une inflammation ancienne de l'appendice, représente bien l'un de ces cas de calculose vésiculaire chronique que nous envisageons dans ce paragraphe. On y retrouve les crises douloureuses successives très caractéristique de l'affection, crises qui peuvent aller jusqu'à réaliser la colique vésiculaire et même tout le syndrome de la colique hépatique.

Nous devons signaler toutefois qu'au début la localisation des symptômes n'est pas toujours bien nette et que souvent les symptômes, d'ordre réflexe, réalisent, soit le type de la dyspepsie hyposthénique soit bien plus souvent celui de la dyspepsie hypersthénique. D'ailleurs souvent s'associe à ces crises un élément vésiculaire et l'on a pu parler à juste titre de crise gastro-vésiculaire.

Deux signes ont par leur fréquence et leur ténacité une grande valeur diagnostique, ce sont l'anorexie et les nausées.

L'anorexie finit par déterminer un amaigrissement considérable. L'état nauséux est un symptôme dont se plaignent souvent spontanément les malades qui en sont incommodés.

Mais, étant donné la multiplicité d'aspects des troubles d'ordre digestif que peuvent présenter ces malades, il serait vain de chercher à démêler dans cet ensemble si varié et si polymorphe les troubles digestifs particuliers à la bile noire. Aussi n'est-ce pas de ce côté qu'il faudra chercher pour penser au diagnostic de bile noire associée mais bien plutôt en s'orientant vers les troubles psychiques accompagnant les autres manifestations. Cependant, comme l'on sait, il est fréquent d'observer chez ces malades un certain nombre de symptômes nerveux qui sont très souvent associés au tableau clinique. Il faudra bien entendu en faire tout d'abord la part : on note l'instabilité, l'émotivité exagérée ou la dépression psychique. Plus fréquents chez la femme, ils sont le fait beaucoup plus de la longue durée d'une affection douloureuse que de la localisation vésiculaire. Mais, dans les cas qui nous préoccupent, ils peuvent très précocement, parfois presque d'emblée, prendre une place très importante. C'est ainsi qu'on peut observer, au grand complet, tout le syndrome psychique décrit au chapitre précédent :

— la tristesse symptôme dominant avec les « idées noires » que la malade ressasse toute la journée. Cette tristesse s'accompagne très fréquemment d'un sentiment de découragement, de perte de confiance en soi et en l'avenir. De plus elle peut s'exagérer jusqu'à l'anxiété pouvant se compliquer elle-même d'obsessions hypochondriaques ;

— l'instabilité et les accès de colère ;

— l'asthénie psychique, la difficulté de l'idéation ;

— parfois également un état d'aboulie marquée très particulier à ces malades.

Lorsque l'on pourra mettre en évidence plusieurs de ces signes et qu'ils constitueront un ensemble suffisamment net, on sera en droit de penser qu'à la lithiase biliaire vésiculaire s'associe la présence de bile noire. On devra de plus interroger les malades sur la périodicité de ces troubles, très souvent en effet on notera la coïncidence des manifestations psychiques avec les crises douloureuses de l'affection. C'est là un fait tout à fait caractéristique à ces malades. Nous n'avons rien de particulier à ajouter aux symptômes généraux. Il est un fait cependant par lequel on est frappé très souvent. C'est un amaigrissement souvent intense dans lequel semble intervenir pour une bonne part le retentissement des troubles psychiques sur l'état général, amaigrissement non en rapport avec l'intensité des crises douloureuses et qui attire d'emblée l'attention.

Quant à la fièvre, bien qu'il s'agisse ici comme nous l'avons précisé de cas de bile noire au cours de lithiases non infectées, on aura cependant souvent l'occasion de noter sa présence. Parfois la prise systématique de la température mettra en évidence une allure subfébrile continue de la courbe, d'autres fois on notera des poussées fébriles intermittentes à 38-38,5, coïncidant généralement avec les poussées de l'affection. Dans d'autres cas cependant la température pourra rester rigoureusement normale.

On pratiquera un examen physique soigneux et méthodique. On s'attachera surtout, après avoir fait

coucher le malade sur le côté gauche, à mettre en évidence la sensibilité douloureuse de la vésicule.

On sait les utiles renseignements qu'on tirera de la radiographie.

Sans préparation spéciale, elle montrera parfois déjà des images calculeuses, bien qu'en général dans ces lithiases non infectées, il s'agisse de calculs de cholestérine pure peu opaques aux rayons X.

La cholécystographie après injection de phénolphaléine tétraiodée sera particulièrement intéressante. On connaît l'épreuve de Graham qui, du fait que la vésicule s'injecte bien ou ne s'injecte pas, permet des conclusions importantes, dans le cas où elle est bien injectée, suivant l'aspect général des contours. De plus on pourra objectiver par cette méthode des calculs transparents aux rayons X qui ressortiront alors en clair sur le fond sombre de la vésicule injectée.

Nous insisterons sur le gros intérêt du tubage duodénal avec épreuve de Meltzer-Lyon. Là encore, ce sont les biles B et C dont les caractères seront intéressants. Signalons d'ailleurs que dans un certain nombre de cas, il peut ne pas s'écouler du tout de bile B ou ne s'en écouler que quelques gouttes. Il pourrait alors s'agir soit d'un obstacle sur les voies d'excrétion, soit d'un trouble de la contractilité vésiculaire. Mais dans les cas où elle s'écoule bien, elle est noire, visqueuse, épaisse, bien plus foncée que normalement, contenant beaucoup plus de pigments qu'à l'ordinaire. La bile C recueillie est également plus foncée que la bile C normale. Dans ce cas, l'is-

sue de celle-ci constitue un argument formel en faveur de la formation hépatique de la bile noire.

La lithiase vésiculaire commande le plus souvent à un moment de son évolution l'intervention chirurgicale. Il arrive assez souvent qu'on n'ait pas pensé à la bile noire. Il est exceptionnel qu'on ait pu pratiquer une épreuve de Meltzer-Lyon décisive. On intervient, on ponctionne la vésicule : bile noire. On évacue les calculs.

Dans ces cas, chaque fois que l'on a constaté la présence d'une bile noire qui présente tous les caractères d'une bile noire hépato-humorale, on a toujours intérêt à pratiquer non une cholécystectomie, mais à conserver la vésicule et à s'en servir pour faire un drainage vésiculo-hépatique par cholécystostomie. Nous rapportons à la fin de cette thèse plusieurs observations de calculose vésiculaire où cette façon de faire a donné d'excellents résultats. De plus, certaines d'entre elles sont propres à suggérer certaines considérations intéressantes quant à la pathogénie de la bile noire. Nous nous permettrons d'attirer l'attention sur deux d'entre elles qui nous semblent particulièrement démonstratives.

Dans l'une d'entre elles, on a procédé à un drainage séparé de la vésicule et du cholédoque (sonde de Pezzer dans la vésicule, drain en T dans le cholédoque). Il s'est écoulé aussi bien par le drain cholédocien que par la sonde vésiculaire de la bile noire très foncée qui s'est éclaircie progressivement et dont les examens physico-chimiques ont montré que la

composition était sensiblement la même dans l'un et l'autre cas.

Dans une autre observation¹ à l'intervention, la vésicule était augmentée de volume et tendue : la ponction a montré qu'elle contenait un liquide blanchâtre mucoïde, ce que l'on appelle, improprement d'ailleurs, de la bile blanche. A l'ouverture de la vésicule on trouve cinq gros calculs à facettes qu'on extrait. La voie biliaire principale est intacte. On ne trouve pas de cause apparente d'oblitération du cystique. On met une sonde dans le col de la vésicule. Dès le lendemain, il s'écoule par cette sonde de la bile noire.

Signalons de plus que l'examen bactériologique de cette bile n'y a révélé la présence d'aucun germe.

On pourra nous faire remarquer avec raison que, dans le cas précédent, la présence de cette bile blanche pouvait fort bien être en rapport avec une oblitération du cystique inapparente ou par un des calculs retirés, réalisant une vésicule exclue dans laquelle persistait seule la sécrétion du mucus qui continuait à se faire normalement. Mais là ne porte pas le débat et l'issue brusque, d'un jour à l'autre, par la sonde, d'une bile noire alors que la veille encore, la vésicule ne contenait que du mucus blanchâtre, laisse à penser que cette bile qui n'avait pas eu le temps de se concentrer dans la vésicule dans laquelle elle ne pouvait même pas séjourner, s'écoulait noire d'emblée dans le canal hépatique dès sa sortie du foie

(1) Voir à la fin de la thèse : Obs. n° 11, Mme K.

Et de même que dans la première observation, la bile qui s'écoulait noire par le drain cholédocien ne pouvait matériellement pas s'être concentrée dans la vésicule, de même dans la seconde, il y a tout lieu de penser que la bile noire qui s'écoulait par la sonde était déjà noire à sa sortie du foie.

Nous attirons aussi l'attention sur le fait que la bile noire qui s'écoulait s'est montrée aseptique. Nous avons déjà dit d'ailleurs qu'on avait observé cette asepsie de la bile dans un grand nombre de cas où il s'agissait de lithiasie non infectée.

Ces cas de bile noire avec lithiasie sans cholécystite en évolution forment la transition entre les cas de bile noire purs dont il a été précédemment question et les cas de bile noire avec lithiasie infectée. Mais avant d'envisager ceux-ci, nous dirons quelques mots de la bile noire dans les cholécystites non lithiasiques, que nous intercalons à dessein ici car il résulte de nombreux examens de bile de cholécystotomies comme nous le redirons plus loin, que l'on ne note pas de divergences essentielles entre les biles des cholécystites non lithiasiques et celles des cholécystites lithiasiques.

3) Syndrome de la bile noire hépato-humorale avec association de cholécystite non lithiasique.

Nous venons de passer en revue des cas de bile noire avec association de lithiasie biliaire non infectée. Avant d'aborder l'étude de la bile noire dans la

lithias infectée, nous dirons quelques mots du syndrome observé au cours des cholécystites non lithiasiques.

D'ailleurs on peut rencontrer toute une gamme de cas, depuis ceux où la bile noire se trouve dans une vésicule à parois absolument saines et se montre aseptique à l'examen bactériologique et ceux où elle coïncide avec des lésions de cholécystite très avancées avec parois vésiculaires infectées dans toute leur épaisseur, l'inflammation s'étendant même souvent au-delà de la vésicule donnant lieu à de la péricholécystite, à des adhérences multiples soudant la vésicule aux organes voisins.

Nous envisageons dans ce chapitre, bien entendu, les cholécystites chroniques. Nous n'en reprendrons pas l'énumération un à un des symptômes, qui serait fastidieuse et donnerait une idée très imparfaite de l'association de bile noire. Nous préférons comme pour les paragraphes précédents, rapporter une observation complète de ce type d'affection.

OBSERVATION N° 3.

(Observation recueillie dans le service de notre Maître le D^r Bernard DESPLAS, à la Maison de Santé du Gardien de la Paix).

M. DEL... Camille, âgé de 35 ans, entre à la Maison des Gardiens de la Paix, le 19 septembre 1930 présentant un ictère à type d'ictère par rétention.

En août 1929 et mars 1930, il a présenté des crises douloureuses de l'hypochondre droit irradiant à l'épaule droite sans fièvre, sans ictère. Elles ont cédé assez bien à la simple mise au régime.

En juillet 1930, nouvelle crise plus violente que les précédentes, le malade vomit, a de la fièvre.

Le 12 septembre, douleurs sourdes du côté droit avec fièvre, diarrhée, vomissements. Le lendemain, ictère, décoloration des matières, urines foncées. Cet ictère présente des alternatives de fonçage et d'éclaircissement.

Amaigrissement de 16 kilogs depuis le début de la maladie.

A l'examen :

Le foie ne déborde pas le rebord costal.

On note la présence d'un point de Desjardins. La rate est normale. Le cœur et les poumons sont normaux.

Un examen radiographique montre un estomac orthotonique avec beaucoup de liquide à jeun. Pas de déformation duodénale caractéristique. A l'examen tétraiodé, la vésicule ne se montre pas perméable. Pas de calcul opaque visible.

Le diagnostic reste hésitant entre calcul du cholédoque et angio-cholédocite. On décide d'intervenir.

Le 1^{er} octobre : transfusion préopératoire de 175 cc. de sang.

Intervention le 2 octobre 1930 :

On tombe sur de la péritonite sous-hépatique avec des adhérences multiples. La vésicule est rétractée, épaissie. Elle a l'aspect d'une vieille vésicule lithiasique. L'épiploon lui adhère. Elle adhère au duodénum. A l'ouverture, elle contient du pus, du mucus, de la boue biliaire noirâtre. Il n'y a pas de calcul dans la voie principale. Le pancréas n'est pas gros. On fait une cholécystectomie sur sonde de Pezzer. On laisse 3 mèches sèches et une vaselinée.

Les premiers jours après l'intervention, il s'écoule par la sonde une bile noirâtre épaisse qui se fluidifie peu à peu et devient plus claire.

Le 6 novembre 1930, on enlève la sonde; il y a une dizaine de jours que la bile ne s'écoule plus.

Le malade sort le 10 novembre 1930 en bonne voie de guérison.

Le 27 décembre 1930, il revient à la Maison de Santé pour une nouvelle crise douloureuse du flanc droit avec ictère, décoloration des matières urines foncées.

Le 30 décembre, cette rechute a cédé spontanément. Il sort le 3 janvier 1931 dans un état très satisfaisant ayant engraisé et ayant un moral bien plus optimiste qu'auparavant.

Dans cette observation, deux faits attirent l'attention : c'est d'une part la présence de bile noire dans une vésicule très infectée sans qu'il n'y ait nulle part trace de calcul; d'autre part, la rétrocession rapide des phénomènes par le drainage chirurgical de la vésicule. On voit donc que la constatation d'une bile noire au cours d'une cholécystite non lithiasique peut avoir un grand intérêt en aiguillant vers une ligne de conduite assez différente de celle que l'on suit ordinairement dans ces cholécystites.

Nous ne reprendrons pas la symptomatologie fonctionnelle des cholécystites non lithiasiques qui est extrêmement voisine de celle des cholécystites lithiasiques.

Parmi les troubles d'ordre digestif on note des symptômes gastriques vésiculaires et colitiques, on observe assez souvent la présence de ces crises « gastrovésiculaires » qu'ont bien décrites E. Enriquez, G. Durand et Binet, qu'il s'agisse de syndrome tardif ou de syndrome précoce, les crises douloureuses peuvent tout simuler.

Nous noterons seulement en passant l'intérêt de l'anorexie et des nausées chez ces malades.

D'autres fois ce sont des manifestations intestinales de colite et plus particulièrement de typhlo-colite qui attireront l'attention.

Là aussi nous retrouvons la présence fréquente de migraines et d'urticaire. Quant à l'ictère, on peut le rencontrer comme c'est le cas dans l'observation que nous venons de rapporter. Mais c'est un symptôme des plus inconstants.

Nous nous étendrons plus longuement sur les symptômes nerveux car c'est en fouillant de ce côté qu'il pourra venir à l'esprit l'idée de bile noire possible. Ces malades, surtout au bout d'un certain temps d'évolution de la maladie présentent certes toujours un ensemble de petites manifestations nerveuses, mais ce qui fera plus particulièrement envisager la présence de bile noire, c'est l'exagération même de tous ces symptômes et la place prépondérante qu'ils prennent dans l'évolution de la maladie. Il s'agit bien d'instables, d'irritables, d'émotifs ou de déprimés, mais certains de ces caractères se manifestent, avec une étonnante intensité qui attire l'attention. C'est ainsi que la tristesse de ces malades qui frappera dès leur abord sera parfois anormalement grande, ces malades ne voyant en tout que le côté pénible des choses et ayant tendance à ne donner d'importance dans leur vie et dans celle des autres qu'aux idées tristes. Elle peut, comme nous l'avons déjà vu, en se poussant au paroxysme aboutir à un état d'anxiété qui pourra se fixer parfois sur un thème obsessif, fréquemment des préoccupations de santé. Les malades sont irritables au point que leur entourage s'en plaint et qu'eux-mêmes, en prenant conscience après coup, en sont parfois absolument désolés.

Ils se plaignent également de la lenteur et de la difficulté de leurs idées. Ils sont parfois dans un état d'aboulie tel qu'ils ne se sentent même plus la force de vaquer aux occupations qui leur sont pourtant les plus nécessaires. Devant l'intensité de ces signes, devant la netteté du tableau d'ensemble qu'ils consti-

tuent, on devra penser à la bile noire et chercher à en préciser la présence. On sera, en tout cas, parfaitement autorisé à essayer la thérapeutique adéquate dans ces cas qui apporterait alors, en cas de réussite, la meilleure confirmation du diagnostic.

Nous passerons vite à dessein sur les signes généraux.

L'affection parfois retentira peu sur l'état général. D'autres fois, et c'est un symptôme sur lequel nous insistons, car il est très fréquent chez les porteurs de bile noire, ces malades présentent un amaigrissement important qui parfois frappera dès l'abord. Ils raconteront souvent d'eux-mêmes, en effet, que, depuis qu'ils sont malades, ils se font « beaucoup de tourment » et que ces soucis les ont fait maigrir de plusieurs kilogs. Enfin la fièvre est fréquente. Accompagnant les poussées, elle est rarement très élevée, mais, prise systématiquement, elle marquera presque toujours une élévation à 38°, 38°5, parfois même jusqu'à 39°.

Nous ne reprendrons pas l'examen physique qui est celui de toutes les cholécystites chroniques. On perçoit la vésicule ou on ne la perçoit pas. On recherchera surtout la sensibilité douloureuse exquise par la manœuvre de Murphy, le malade étant dans le décubitus latéral gauche.

On note, de plus, souvent d'autres points douloureux.

La radio, comme dans les cas précédents, sera toujours intéressante, complétée par l'examen au tétraiode. Elle montrera dans le cas actuel l'absence

de calculs. La vésicule ne s'injecte pas toujours. On ne peut tirer de conclusions intéressantes de l'examen que si elle s'est bien injectée.

Le tubage duodénal, dans tous les cas où il sera possible de le pratiquer, constitue toujours une manœuvre très utile. Il permettra en ramenant le mélange de liquide duodénal et de bile d'en pratiquer l'examen histo-bactériologique et de déceler le germe en cause. L'épreuve de Meltzer-Lyon permettra l'examen comparatif des 3 biles A, B et C. A sa suite, on ramène une bile B anormalement abondante et foncée suivie d'une bile C moins foncée que la bile B, mais nettement plus colorée que la bile C normale.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution des cholécystites chroniques. Les diagnostics qu'elles peuvent poser seront envisagés dans un chapitre ultérieur; leur traitement également. Nous n'en dirons ici que deux mots. Il comprendra bien entendu les indications classiques dans le traitement des cholécystites chroniques. La présence de bile noire incitera à les compléter par un drainage des voies biliaires : le drainage médical sera le plus souvent suffisant, le drainage chirurgical par cholécystostomie ne devra être appliqué que si le médical se montre très insuffisant ou même inopérant après une application méthodique, prolongée un certain temps.

Quant à la cholécystectomie, il nous semble qu'elle ne doive être pratiquée qu'avec beaucoup de réserves et seulement dans les cas de vésicules très malades constituant un véritable foyer d'émissions micro-

biennes. On aura, en tous cas, très souvent avantage à pratiquer d'abord la cholécystostomie qui peut améliorer l'état de ces malades dans des proportions très importantes. On conservera ainsi le réservoir vésiculaire, ce qui est toujours avantageux.

La bile noire s'associe à la calculose vésiculaire; elle s'associe aux cholécystites sans lithiasie; d'autres fois, elle s'associera à la fois à une lithiasie et à un cholécystite — et on la rencontre également dans les cholécystites lithiasiques.

4) Syndrome de la bile noire hépato-humorale avec association à la fois de lithiasie et d'infection, des voies biliaires.

Après ce que nous avons dit dans les paragraphes précédents de l'association de la bile noire à la lithiasie d'une part, aux altérations du cholécyste et des voies biliaires d'autre part, on conçoit facilement que lorsque ces deux éléments se trouvent réunis, on peut encore rencontrer fréquemment associée la présence de bile noire. Bien entendu, l'association des deux processus ne modifie pas, de son fait même, la symptomatologie, mais les symptômes de l'une et l'autre affection se rencontrent alors simultanément.

Nous devons dire d'ailleurs que ce sont là des cas, sinon les plus fréquents, du moins très fréquents que l'on rencontre couramment au cours des interventions chirurgicales.

Ce sont ces vésicules, nettement malades, à parois épaisses, blanchâtres, tantôt petites rétractées, d'autres fois distendues, bourrées de calculs. La ponction de ces vésicules laisse écouler une bile épaisse, visqueuse, noirâtre, souvent d'ailleurs trouble, infectée, purulente dans laquelle l'examen bactériologique révèle constamment la présence de germes microbiens. Ce sont ces vésicules devant lesquelles on est tenté de pratiquer d'emblée une cholécystectomie chaque fois qu'elle est possible sans entraîner de trop grands risques. Cependant nous verrons qu'il semble bien que souvent on ait avantage à conserver la vésicule qui, comme on l'a dit, constitue alors une véritable soupape de drainage par la sonde de cholécystostomie et précisément il nous semble qu'il soit particulièrement indiqué de conserver la vésicule dans le cas où on aura trouvé de la bile noire; en effet le drainage du cholédoque par le drain en T est tout temporaire et tout à fait insuffisant, alors que ce que l'on cherche à faire ici, c'est un drainage permanent qu'on puisse prolonger à volonté.

Nous ne reprendrons pas ici l'histoire des cholécystites calculeuses chroniques. Nous préférons comme nous avons fait pour les paragraphes précédents rapporter aussi complètement que possible une observation de ce type qui s'est accompagnée de bile noire.

OBSERVATION N° 4.

(Observation recueillie dans le service de notre Maître le D^r Bernard DESPLAS à la Maison de Santé du Gardien de la Paix).

Mme A... Julia, âgée de 47 ans, entre à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, le 22 septembre 1930 en pleine crise de colique hépatique.

Le malade qui a eu autrefois une grossesse normale et qui a présenté en 1926 une congestion pulmonaire banale, souffre depuis le début de l'année de crises douloureuses de l'hypocondre droit devenant de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes. Elle a dû se mettre à un régime très restreint et a maigri de 14 kgs en quelques mois.

Par ailleurs nous devons signaler que depuis le mois de mars 1930, elle présente des ménorragies importantes (règles tous les 15 jours et très augmentées).

Le 6 septembre, elle a été prise d'une douleur très vive dans l'hypocondre droit avec des irradiations dans l'épaule droite et des vomissements. Elle n'a pas fait attention à ses selles ni à ses urines.

Le 28 septembre, à la Maison de Santé nouvelle crise extrêmement violente, sans ictère, suivie d'un mouvement fébrile les jours suivants.

A la radio : l'ombre vésiculaire se dessine mal. Pas de calcul opaque visible.

Estomac et duodénum normaux à la scopie.

On porte néanmoins le diagnostic de cholécystite calculueuse et on décide d'intervenir.

Intervention le 9 octobre 1930 : Sur diagnostic clinique de cholécystite calculueuse à crises subintrantes sans ictère. L'intervention montre une grosse vésicule à parois très épaissies blanchâtres. A la ponction il vient du mucus infecté, mais pas de pus véritable. On sent quelques calculs que l'on extrait. Il s'agit d'une cholécystite aiguë : la paroi vésiculaire qui au niveau du fond est épaissie et dure, au niveau de l'ampoule est très mince et sur le point de se perforer. Etant donné l'inflammation des pédicules on renonce à la cholécystectomie et on fait une cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer. On laisse de plus 3 mèches sous-vésiculaires.

La bile qui a coulé d'abord claire mélangée à du sang est

devenue brun noirâtre vers le 6^e jour, l'est restée quelques jours, puis s'est éclaircie peu à peu présentant cependant par moments de courtes périodes où elle redevenait foncée.

La malade est sortie le 15 novembre 1930 en bon état. Elle a été revue le 30 avril 1931 en très bon état ayant notablement engraisé, d'humeur gaie. On enlève à ce moment le drainage. On est réintervenue le 21 janvier 1932 pour cure d'une petite éventration qui s'était produite sur la cicatrice de cholécystostomie et avait été favorisée par l'engraissement. L'intervention a permis de vérifier le bon état de la vésicule.

Elle a fait un court séjour à la Maison de Santé en mai 1932 pour une crise douloureuse passagère de l'hypochondre droit.

Le 1^{er} décembre 1932, hystérectomie subtotala pour fibrome utérin auquel sont imputables les hémorragies que présentait la malade depuis longtemps déjà. L'état hépatique et vésiculaire est alors très satisfaisant. La malade mange bien, digère bien et assimile bien. Son humeur est égale et son caractère enjoué. Elle est sortie en parfait état le 24 décembre 1932.

L'histoire de la cholécystite lithiasique qu'a présentée cette malade est tout à fait typique. On remarquera qu'ici on n'a pas trouvé de bile noire à l'intervention, mais qu'ayant pratiqué par nécessité une cholécystostomie, on a eu la surprise de voir au bout de quelques jours la bile s'écouler noirâtre pour ne s'éclaircir que progressivement. Ce fait vient apporter un argument de plus à l'origine hépatique de la bile noire. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons choisi cette observation comme type d'observation de ce paragraphe. Mais elle réalise un cas relativement rare de bile noire et le plus souvent, c'est dès l'intervention même que l'on trouvera de la bile noire intravésiculaire. On pourra d'ailleurs, dans ce cas comme dans les autres, arriver à diagnosti-

quer la bile noire sur un certain nombre d'éléments d'observation clinique. Les malades sont, le plus souvent, comme ici, des femmes qui ont commencé à souffrir parfois dès leur adolescence ou bien chez lesquelles les phénomènes sont apparus après une typhoïde ou une grossesse. Elles viennent consulter pour des troubles qui parfois attirent nettement l'attention sur la vésicule biliaire, mais d'autres fois se plaignent de douleurs à type nettement hépatovésiculaire, douleurs survenant par crises généralement déclenchées soit par la prise de certains aliments, surtout les graisses et les œufs, soit par les règles, soit encore par les secousses. Elles siègent nettement à droite dans la région vésiculaire. Elles surviennent en général assez tardivement après les repas au moment de la chasse biliaire. Nous n'insisterons pas plus sur ces crises douloureuses décrites dans tous les traités.

Mais d'autres fois les troubles que présentent les malades attirent plutôt l'attention sur l'estomac, le pylore ou le duodénum. Il peut s'agir aussi bien de dyspepsie atonique que de dyspepsie hypersthénique. Nous rappelons ici encore les deux symptômes capitaux que sont l'anorexie persistante et l'état nauséux continu. Parfois on pourra se trouver en présence de troubles intestinaux : constipation ou diarrhée.

Mais chez d'autres malades, on sera surtout frappé par le retentissement des troubles, de l'anorexie, des douleurs continues sur l'état général se manifestant essentiellement par un amaigrissement considé-

nable et par une atteinte marquée du psychisme. Un gros amaigrissement devra toujours attirer l'attention et c'est chez ces malades que l'on trouvera très souvent le tableau psychique complet du syndrome de la bile noire.

On devra d'ailleurs toujours, même si les malades ne s'en plaignent pas, rechercher ces troubles mentaux. Nous en répétons les principaux éléments :

— troubles affectifs : tristesse, anxiété;

— troubles intellectuels : entrave, ralentissement porté à l'idéation;

— troubles du caractère : irritabilité, colère.

On complètera bien entendu l'interrogatoire par l'examen clinique, par les examens de spécialité et de laboratoire.

L'examen clinique consiste surtout dans la recherche de la douleur exquise sous-costale droite en particulier dans le décubitus latéral gauche : le signe de Murphy bien connu.

Les examens de spécialité comprennent tout d'abord *la radiologie*.

Nous ne reviendrons pas sur les discussions que peuvent soulever la présence d'une ombre sous-hépatique qui n'est pas toujours une ombre vésiculaire.

L'examen cholécystographique rend compte d'abord de l'épreuve de Graham : la vésicule s'injecte ou ne s'injecte pas. Si elle s'injecte bien, on peut apercevoir des calculs en clair sur le fond sombre de la vésicule.

La radiologie permettra le plus souvent de

mettre en évidence des signes intéressants de périviscérite sous-hépatique.

Le tubage duodénal avec épreuve de Meltzer-Lyon conserve ici, bien entendu, lorsqu'il sera loisible de le pratiquer, son énorme intérêt. On pourra alors par l'injection du SO⁴MG obtenir une bile foncée noirâtre, visqueuse, contenant souvent de petits calculins verdâtres parfois de la boue biliaire purulente, l'examen cyto-bactériologique y montrant de nombreux polynucléaires et des germes microbiens en abondance. Si on arrive à obtenir de la bile C hépatique, le fait qu'elle soit véritablement plus foncée que normalement viendra confirmer qu'il s'agit bien d'une bile noire de formation hépatique.

Mais même sans le tubage sur un syndrome psychique particulièrement caractéristique, on pourra présumer avec les plus grandes probabilités qu'il s'agit d'une cholécystite avec bile noire, ce qui sera vérifié à l'intervention et c'est alors que la présence de bile noire pourra orienter l'intervention dans le sens conservateur comme nous l'avons déjà dit et comme nous y reviendrons dans le chapitre consacré à la thérapeutique.

Mais auparavant il nous reste à envisager toute une grande classe d'affections qui peuvent s'accompagner de bile noire, ce sont les ictères : ictères hémolytiques où la présence de bile noire n'étonne guère, mais aussi certains ictères curieux à type d'ictères chroniques par rétention, mais sans obstacle sur les voies biliaires.

Nous envisageons d'abord la bile noire au cours des ictères hémolytiques.

D) LA BILE NOIRE DANS LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES.

La bile noire étant comme nous l'avons vu une bile hyperconcentrée en pigments biliaires, dérivés directs de l'hémoglobine des globules rouges, il était facile de penser qu'au cours des ictères hémolytiques dans lesquels s'opère précisément une destruction intense des globules rouges, la bile devait s'en trouver modifiée, et présenter une hyperconcentration pour contribuer à libérer l'organisme de ces pigments formés en excès. On a eu en effet l'occasion de le constater dans plusieurs cas d'ictères hémolytiques dont un particulièrement intéressant rapporté dans le livre de MM. Bérard et Mallet Guy¹ où à une lithiase vésiculaire pigmentaire sans cholécystite traitée par cholécystostomie s'associait un ictère hémolytique qui n'a guéri qu'après splénectomie. Cette observation est d'un grand intérêt et nous la rapporterons complètement pour nous livrer ensuite à quelques commentaires sur les questions qu'elle soulève.

OBSERVATION N° 5.

A l'hôpital de Lyon, salle Andrée Lumière, dans le service du P^r BÉRARD, entre le 22 avril 1927, une jeune fille de 17 ans envoyée par son médecin pour ictère chronique.

Son père, sa mère, ses deux frères et ses deux sœurs sont en bonne santé.

(1) BÉRARD et MALLET Guy, Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie. Paris, Masson 1932, p. 299.

Personnellement elle n'a pas eu de maladies antérieures. A l'âge de 6 ans, elle a fait une chute dans des escaliers et c'est environ deux ans après cette chute qu'on aurait remarqué chez elle un subictère des conjonctives qui a toujours subsisté sans autres troubles.

En octobre 1925, alors que jusque-là elle digérait bien, elle est prise brusquement d'une « indigestion » en même temps qu'elle ressent des douleurs généralisées à tout le ventre mais prédominant dans l'hypochondre droit. Elle doit rester 3 semaines au lit, les douleurs étant presque continuelles toujours avec la même localisation. Elle eut encore deux « indigestions » puis par la suite une jaunisse franche avec coloration des urines sans décoloration des matières, sans prurit. Un peu d'amaigrissement, des frissons, des sueurs, mais n'a pas pris sa température, les douleurs n'ont jamais été très intenses, n'ont jamais présenté d'irradiations dans l'épaule droite.

Au bout de trois semaines elle se lève conservant un subictère des conjonctives. De temps en temps, de petites douleurs dans l'hypochondre droit sans véritables crises.

Au mois de novembre 1926 se répètent ces mêmes phénomènes qui avaient caractérisé le 1^{er} épisode aigu. La malade doit de nouveau s'aliter pour 3 semaines; la température avoisine 37°5. Depuis cette époque, démangeaisons fréquentes.

Le médecin parle de calculs biliaires et prescrit des cholagogues qui ne donnent aucun résultat.

Depuis, la malade n'a plus eu de vomissements mais parfois des nausées. Elle a toujours de petites douleurs intermittentes dans l'hypochondre droit. Elle a conservé un subictère irrégulier des conjonctives. Elle suit un régime, digère bien. Cependant comme son état ne s'améliore pas, le médecin traitant l'envoie à l'hôpital.

A l'entrée, léger ictère de la peau avec ictère plus marqué des conjonctives, prurit fréquent. Il persiste des douleurs à droite, des nausées parfois. Pas d'amaigrissement, température autour de 37°5.

A l'examen, on ne perçoit pas la vésicule mais on note une douleur assez nette au point vésiculaire, plus nette encore dans la zone pancréatico-cholidocienne. La rate est grosse, déborde le rebord costal de 2 travers de doigt.

Tubage duodénal le 26 avril puis le 2 mai 1927. L'épreuve de Meltzer-Lyon n'est pas douloureuse la 1^{re} fois, détermine

à la 2^e tentative de petites douleurs comparables à celles que présente spontanément la malade et permet de retirer quelques cm. de bile claire sans qu'apparaisse la bile B. L'injection d'éther détermine une douleur très nette que la malade identifie aussi à celle de ses crises mais localisée à la région épigastrique. On retire à la suite 1 ou 2 cmc de liquide pancréatique coloré de bile.

Radioscopie le 26 avril 1927 : estomac de forme normale, se contractant bien, très mobilisable. Duodénum semblant normal autant qu'on puisse en juger car la radioscopie est difficile en raison de l'adiposité. Le point douloureux accusé par la malade est à droite et au-dessus du duodénum. Nulle part ailleurs on ne révèle de douleur à la pression.

Une radiographie faite immédiatement après ne montre pas de détails intéressants sauf au devant de l'extrémité de la 12^e côte quelques taches dont l'interprétation sera donnée par les épreuves suivantes.

Cholécystographie le 27 avril. — La vésicule est parfaitement dessinée et les taches qui avaient été signalées sur les épreuves précédentes apparaissent comme étant des calculs libres dans la vésicule. Sur le 2^e cliché, pratiqué au cours de la période digestive, l'ombre vésiculaire a disparu et les calculs sont à nouveau agglomérés.

Examen du sang. — Résistance globulaire un peu diminuée 5,25 % au lieu de 4,6 %, taux normal.

Une première intervention est pratiquée le 2 mai 1927 (P^r BÉRARD, D^r MALLET-GUY). Rachianesthésie très satisfaisante. Incision oblique de Kocher. Foie normal quoiqu'un peu gros; *vésicule non épaissie, non enflammée mais contenant une bile qui déjà à travers la paroi semble foncée.*

La cholécystectomie n'étant indiquée ni par l'état fonctionnel ni par les lésions anatomiques de la vésicule *on décide de faire une cholécystostomie.*

La vésicule est remplie d'une bile poisseuse noirâtre qui contient les 7 calculs vus sur la radiographie et qu'on peut ramener facilement. On place un gros drain dans la vésicule.

Les calculs extraits sont très foncés, vert noir, anguleux et semblent être des conglomerats récents de dépôts noirâtres pigmentés rappelant l'aspect de la truffe. A la coupe ils sont très durs, de structure écailleuse. Une analyse chimique faite au laboratoire du Professeur HUGOUNENCQ, par M. DUBOULOZ montre qu'ils sont formés presque entièrement de pigments

biliaires mais contiennent cependant une petite quantité de cholestérine.

La bile recueillie à l'opération donne une culture de colibacille. Les suites opératoires sont simples; l'écoulement biliaire est abondant : 300 puis 200 cmc d'une *bile très foncée*. Cependant l'aspect subictérique de la malade ne tend pas à rétrocéder. Il est évident que la splénectomie s'impose après vérification de la formule sanguine.

Le 26 mai 1927 : Globules rouges, 3.225.000; globules blancs, 54.650. Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	60
Polynucléaires éosinophiles	2
Lymphocytes	30
Grands mononucléaires	7
Myélocytes	2

Seconde intervention, le 31 mai 1927 (P^r BÉRARD, D^r MALLET-GUY). Incision oblique à concavité supérieure allant du 9^e cartilage costal jusqu'un peu au-dessous de l'ombilic. Hémostase soigneuse. La rate paraît beaucoup plus grosse qu'on ne le soupçonnait cliniquement. On ne peut la sortir de sa loge par l'incision tracée et l'on doit se donner du jour en échancrant le rebord costal au niveau des 9^e et 10^e cartilages sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Grâce à cette brèche, la main libre le pôle supérieur, qui tient au diaphragme par quelques adhérences lâches, et l'on fait ensuite l'hémostase des pédicules par ligatures successives. On achève ensuite la libération de l'organe qui présente encore quelques adhérences de péricapsule au niveau de sa face postéro-inférieure. Après s'être assuré de la perfection de l'hémostase, on referme, en plusieurs plans, sans drainage.

Examen de la pièce. — Grosse rate de consistance normale. Dimensions : 20 cm. sur 12 cm. Poids 900 gr. A la coupe, aspect normal. Histologiquement : aspect normal également (D^r DUNET).

Le 2 juin 1927. — Suites opératoires excellentes.

Après la cholécystostomie il s'écoulait par la fistule 200 cmc de bile par jour, bile qui progressivement devenait plus claire mais la quantité excrétée restait toujours la même. Depuis la splénectomie on a noté une diminution immédiate de la quantité de bile excrétée portant celle-ci à 80 cmc environ par jour.

Le 5 juin, examen du sang. — Résistance globulaire nor-

male. (l'hémolyse se faisant à 4,5 %). Hématies granuleuses 1 à 2 %.

Le 13 juin. — Cette diminution de l'écoulement s'est accusée et aujourd'hui on l'estime encore réduit de moitié.

21 juin. — L'état général de la malade s'est bien amélioré. Le subictère a disparu et la malade est actuellement fraîche et rose. L'écoulement biliaire continue à diminuer.

Une exploration radiologique des voies biliaires est pratiquée : Une injection de 20 cm. de lipiodol remplit la vésicule qui, d'une façon très normale se vide progressivement dans le cystique puis dans le cholédoque, sans remplir l'hépatique. Le cholédoque n'est pas dilaté. On pratique 2 radiographies 10 minutes après l'injection. L'une en position normale, l'autre en position inclinée à droite car la vésicule se projette sur le cholédoque dans le décubitus dorsal (D^{rs} MALLET-GUY et BEAUPÈRE).

6 juillet. — La fistule a diminué progressivement mais n'est pas encore tarie. On pratique un tubage et simultanément une exploration lipiodolée des voies biliaires. On note après chaque épreuve de Meltzer-Lyon des contractions très énergiques de la vésicule qui malgré cela ne se vide qu'incomplètement. Une radiographie est prise.

20 juillet. — La malade sort. L'écoulement biliaire par la fistule persiste mais est très diminuée.

22 août. — La malade revient en excellente santé. La fistule s'est tarie le 5 août et, depuis, le bon résultat ne s'est pas démenti. Cicatrices parfaites, malade très colorée. Conjonctives blanches.

Cholécystographie 23 août. — La vésicule se remplit bien, se vide bien, pas de calculs visibles.

Tubage duodénal le 25 août. — Réactions normales et indolores des voies biliaires.

24 octobre. — La malade revue est toujours en excellente santé. Elle a repris 2 kilogs. Elle digère bien et va régulièrement à la selle chaque jour. Elle se plaint encore de très minimes douleurs qui apparaissent sans horaire fixe et n'empêchent pas la malade de mener sa vie habituelle. Le tubage ayant amélioré ces très légers signes qui persistent, on conseille à la malade de suivre un traitement cholagoque. D'après des renseignements fournis par la famille, l'état psychique de la malade s'est d'autre part beaucoup amélioré depuis l'opération. Auparavant elle était nonchalante, paresseuse,

d'humeur sombre et taciturne. Au contraire, depuis l'opération, son caractère est transformé, elle aime rire, est beaucoup plus ouverte et plus active. Elle se livre volontiers aux travaux des champs qu'elle faisait autrefois à contre-cœur et sans courage.

Le 20 juin 1928 la malade est revue, ayant gardé un excellent état de santé. Le poids est de 65 kgs 500. Elle travaille toute la journée dans les champs et n'est jamais fatiguée. Elle a très bon appétit, digère bien. Elle n'a gardé de ses douleurs vésiculaires que quelques rares piquûres, qui vont d'ailleurs en s'atténuant de façon très nette.

Nouvel examen du sang : Résistance globulaire normale l'hémolyse se faisant jusqu'à 4,5 %. Hématies granuleuses 1 %. Formule leucocytaire polynucléaires neutrophiles 62. Lymphocytes 32. Grands mononucléaires 5. Myélocytes 1. Pas de formes anormales.

Le 23 décembre 1928. — Tubage duodénal (D^r MALLET-GUY). Il a été pratiqué hier un premier tubage interrompu faute de temps. Le seul résultat obtenu a été la constatation de l'indolence de l'épreuve de MELTZER-LYON, indolence qui tranche avec les douleurs présentées dans les mêmes circonstances avant l'opération. Aujourd'hui un nouveau tubage permet de retirer à jeun 10 cmc d'une bile jaune d'or limpide normale.

Après MELTZER-LYON on retire 20 cmc de bile A, puis survient rapidement une bile B caractéristique foncée, visqueuse, sans aucun flocon ou débris d'aucune sorte. On en retire 25 cmc puis sans transition, on obtient 15 cmc de bile hépatique plus claire puis jaune pâle toujours très limpide.

Aucune douleur n'a été ressentie par la malade au cours de cet examen.

Nous avons reproduit dans son intégrité cette observation très complète, à dessein.

Il semble bien, comme le remarquent les auteurs, que là le processus hémolytique ait été à la base des troubles et que la lithiase pigmentaire vésiculaire n'ait été que secondaire.

Certes la bile recueillie à l'opération a donné une culture de colibacilles mais comme le dit le compte

rendu opératoire la vésicule n'était pas épaissie, n'était pas enflammée, en un mot il n'y avait pas de cholécystite.

La bile était « poisseuse et noirâtre ».

Les calculs étaient très foncés verts noirs formés presque entièrement de pigments biliaires. Il est donc permis de penser que bien que la bile opératoire ait donné par culture du colibacille, ce qui est, somme toute, une constatation très banale, il s'agissait plutôt d'une véritable lithiase pigmentaire aseptique due, semblerait-il à la condensation de cette bile très épaisse et très chargée de pigments, sous forme de calculs. Mais ce qui nous occupe surtout ici c'est la question de savoir si la bile noire rencontrée était bien fonction de l'état hémolytique. Il y a tout lieu de le penser. En effet en suivant pas à pas l'observation on voit que la 1^{re} intervention pratiquée; extirpation des calculs et cholécystostomie n'a pas amené la guérison; que la bile a continué à couler très abondante (300 puis 200 par jour) et très noire, jusqu'à ce que l'état hémolytique devenant manifeste, on se décide à pratiquer la splénectomie et alors seulement on a noté, tandis que l'éclaircissement de la bile devenait plus manifeste, une diminution immédiate de la quantité de bile excrétée : de 200 cc par jour avant l'intervention elle est tombée à 80 cc par jour.

On voit aussi que c'est seulement après la splénectomie qu'on a vu se manifester clairement les symptômes de guérison.

La malade a engraisé, elle digère bien et va régulièrement à la selle chaque jour et surtout nous

attirons l'attention sur le changement très net du psychisme à la suite de l'intervention.

Comme on l'a lu dans l'observation, avant l'intervention, la malade était « nonchalante, paresseuse d'humeur sombre et taciturne ».

Au contraire, depuis l'opération, son caractère s'est transformé, elle aime rire, est beaucoup plus ouverte et plus active. Elle se livre volontiers aux travaux des champs qu'elle faisait autrefois à contre cœur et sans courage.

Ces renseignements, incomplets, certes, mais déjà bien évocateurs tels qu'ils sont, semblent bien répondre du syndrome psychique que nous avons individualisé dans le syndrome de la bile noire. Ils suffisaient en tous cas pour en évoquer le diagnostic.

Certes, dans des cas semblables comme nous le verrons plus loin, la cholécystostomie a eu certainement un effet très favorable en tant que drainage de cette bile vésiculaire épaisse et noirâtre.

D'une pathogénie différente, la bile noire dans ces ictères hémolytiques relève de la seule thérapeutique de ces ictères : la splénectomie.

Nous attirerons cependant encore l'attention sur deux faits :

Tout d'abord la présence simultanée dans la vésicule d'une bile épaisse et noirâtre et de calculs très foncés, pigmentaires.

Certes la culture de la bile a montré du colibacille et les protagonistes de la théorie infectieuse ne seraient pas sans objecter ce fait. Cependant après les multiples observations maintenant bien connues et

dont nous rapportons plusieurs dans cette thèse, de lithiase vésiculaire où tous les examens bactériologiques de bile sont restés négatifs et où il faut bien invoquer un autre mécanisme de formation des calculs, nous avons grande tendance à croire que dans le cas présent, ce même mécanisme, dysfonctionnement hépato humoral qui modifie la composition de la bile, est également celui qui est intervenu et que les concrétions pigmentaires retrouvées sont directement fonction de la bile noire pathologique qui les accompagnait et qui très vraisemblablement les avait précédées.

Nous ne revenons pas davantage sur ce mode d'interprétation que nous avons déjà longuement dé fendu dans un chapitre précédent.

Cependant, dans le cas présent, ce dysfonctionnement hépato humoral existait-il simultanément avec le processus hémolytique ? Cela est possible mais il est possible également que les 2 mécanismes se confondent et que ce soit ici le même processus qui détermine et l'ictère hémolytique et la présence de bile noire.

D'autre part, nous tenons également à faire remarquer qu'autant les constatations opératoires que les examens radiologiques pratiqués aux divers moments de la maladie, n'ont montré la moindre distension ou atonie de la vésicule biliaire.

Dans le compte-rendu de la cholécystographie pratiquée le 27 avril, nous notons que sur le 2^e cliché pratiqué au cours de la période digestive l'ombre vésiculaire a disparu, la vésicule s'est donc normale-

ment et complètement vidée et l'examen cholécystographique pratiqué après les interventions, le 23 août, montre encore que la vésicule se remplit bien et se vide bien. On ne peut donc ici également invoquer comme mode de production de la bile noire, la stase de la bile dans une vésicule dilatée atonique.

On n'a constaté aucun trouble du fonctionnement de la musculature de la vésicule biliaire, aucun signe de cholécystatonie.

Bref, cette observation particulièrement intéressante nous montre qu'on peut fort bien rencontrer de la bile noire au cours de certains états humoraux comme les ictères hémolytiques. Elle y détermine le même syndrome que dans les autres cas où on l'observe. Néanmoins ici elle passe au second plan n'étant qu'une manifestation et qu'une conséquence, pourrait-on dire, du processus hémolytique. C'est l'évolution de l'ictère hémolytique qui prime tout et c'est aussi avant tout d'un traitement dirigé contre lui que relève un tel complexe morbide.

Dans ces cas, encore, la présence de bile noire dans la vésicule n'est pas un fait qui étonne beaucoup le médecin car on conçoit facilement qu'au cours d'un tel état la bile soit foncée. Bien plus curieux au contraire sont les cas que nous allons étudier maintenant qui sont des cas d'ictères chroniques réalisant exactement le type de l'ictère chronique par rétention mais sans qu'il soit possible de déceler un obstacle quelconque au niveau des voies biliaires tant intrinsèque qu'extinsèque.

E) LA BILE NOIRE AU COURS DE CERTAINS ICTÈRES CHRONIQUES SANS OBSTACLE SUR LES VOIES BILIAIRES.

Nous venons d'envisager la bile noire qui accompagne certains ictères hémolytiques, ictères bien connus bien définis, bien étudiés dans lesquels la présence de bile noire est un élément auquel on pouvait s'attendre logiquement. Tout différents sont les cas dont nous voulons parler actuellement.

Il s'agit, en effet, d'une variété d'ictères extrêmement intéressants car ils semblent comporter un vice de fonctionnement combiné du foie et des voies biliaires tel que, bien qu'aucun obstacle ne s'oppose à l'écoulement de la bile, celui-ci se fait extrêmement mal ou même ne se fait pas du tout, le trouble s'extériorisant par un phénomène qui est l'ictère. Cet ictère qui, par ailleurs a tous les caractères de l'ictère par rétention s'accompagne généralement de la présence de bile foncée dans la vésicule et, comme l'on retrouve chez ces malades les éléments caractéristiques du syndrome de la bile noire, nous faisons une place ici à ces cas d'ailleurs mal élucidés.

Cependant, plusieurs auteurs déjà, médecins et chirurgiens ont rencontré et opéré des cas de ce genre. Devant l'absence de lésions des voies biliaires, ils ont estimé utile de faire une cholécystostomie de drainage qui a donné dans ces cas les meilleurs résultats, bien qu'il s'agisse encore là d'un procédé tout empi-

rique. Nous citerons en particulier les cas de MM. BRULÉ et MOCQUOT (datant de 1919), de MM. FIESSINGER et R. TOUPET (1928) et M. R. C. MONOD (1929).

Nous rapporterons ici, à titre d'illustration de ce chapitre une de ces observations, très intéressante, celle du malade de MM. FIESSINGER et R. TOUPET, publiée dans les comptes-rendus de la Société médicale des Hôpitaux de Paris dans son numéro du 30 novembre 1928, sous le titre :

« Ictère de 4 mois par hépatite aiguë sans lésions des voies biliaires. Cholécystostomie, guérison. »

OBSERVATION N° 6.

Monsieur J. A..., 32 ans, est un assez gros mangeur mais ne boit pas. Dans ses antécédents personnels, on relève 2 congestions pulmonaires, la rougeole et la coqueluche dans l'enfance.

A 16 ans, une nouvelle congestion pulmonaire.

En 1915 une crise très forte de R A A sans séquelle cardiaque.

Après quelques bons dîners à l'occasion des fêtes du Nouvel an, il constate sans aucune douleur, sans aucune fièvre, le 5 janvier 1928 une coloration foncée des urines avec décoloration des matières. A cette époque sévissait à Rennes, ville habitée par le malade, une épidémie de jaunisse. Deux jours après apparaît l'ictère avec sensation de pesanteur dans la région hépatique : le foie déborde de 2 travers de doigt. Le régime lacté, les compresses chaudes soulagent bien le malade mais l'ictère persiste avec des matières décolorées, un prurit de plus en plus intense, un pouls ralenti à 48.

Le malade, obligé de reprendre sa vie active, se relève après seulement 3 jours de repos, les signes d'ictère persistent toujours sans douleur et *sans fièvre*. On conseille le repos complet, un régime lacto-végétarien. Du 21 janvier au 13 février il ne se produit aucune amélioration.

Le Professeur Fiessinger demande alors au malade d'entrer à la Maison Dubois. Il y séjourne du 13 février au 2 mars 1928. L'ictère à tous les caractères de l'ictère ca-

tarrhal mais d'une teinte verdâtre, les urines sont noires, bilirubiniques et cholaluriques, les matières complètement décolorées présentent l'aspect mastic de façon permanente. On note un prurit intense, rebelle, le pouls est ralenti à 48 puis 54. La tension artérielle à 13-8. *Aucune fièvre, aucune douleur.*

A la palpation, un foie un peu congestif qui déborde de deux travers de doigt; il mesure 13 cm. sur la ligne mamelonnaire. Pas de douleur vésiculaire. Pas de point pancréatico-cholédocien. Pas de point scalène. Sur la radio aucun calcul.

Diagnostic. — Ictère catarrhal prolongé mais très intense.

A Dubois, il a été pratiqué 5 *tubages duodénaux*. Tous ont donné le même résultat : une bile duodénale jaune pâle, claire sans leucocytes, sans calculins, rien de spécial $\text{SO}_4 \text{Mg}$ ne donne pas de bile B, sauf dans le dernier tubage où cette bile B est un peu plus foncée que la bile A.

Bon état général, mais le malade a tout de même maigri de 4 kilogrammes.

2 mars 1928. — Rentré à Rennes encore jaune. Prend de la magnésie peptone, salicylate de soude, benzoate de soude. Régime lacto-végétarien.

17 mars 1928. — Les matières se recolorent légèrement. 2 selles par jour, une nocturne colorée, une matinale complètement décolorée (jusqu'à avril).

Vers le 12 avril. — Dans la journée, selle diarrhéique extrêmement abondante, très colorée. On pense à la guérison. Il n'en est rien. Malgré l'absence d'écart alimentaire, de cause infectieuse sans lendemain, l'ictère augmente, reparaissent des démangeaisons, l'appétit diminue notablement. La perte de poids est alors de 12 livres.

Revu par le Professeur Fiessinger le 26 avril 1928 (109^e jour de l'ictère), l'ictère devient verdâtre à reflets bistrés, le foie déborde de 3 travers de doigt. Pas de douleur vésiculaire. Pas de frissons. Pas de fièvre. Mais l'amaigrissement s'accuse, l'appétit diminue, la tension est à 11-8. Le malade accuse une fatigue intense. On note quelques taches ecchymotiques. Cependant la coagulation et le temps de saignement sont à peine prolongés.

Devant la crainte d'une obstruction calculuse, on décide l'exploration des voies biliaires.

Intervention pratiquée par le Docteur Toupet le 3 mai 1928 (au 116^e jour de l'ictère). Anesthésie à l'éther.

Incision angulaire. Foie jaune augmenté de volume. Vésicule non enflammée, *petite*. Voie principale également atrésiée. On incise le cholédoque sus duodénal pour drainer la voie principale. Un hystéromètre ne rencontre aucun obstacle, ni du côté hépatique, ni du côté duodénal. On ne peut introduire un drain n° 12. On ne suture pas l'incision cholédocienne. On met deux mèches au contact. Rien du côté du pancréas ni de l'estomac. Vésicule difficilement fixée dans l'incision pariétale car *petite* et drainée. Suture en un plan au fil de bronze. Durée : 45 minutes.

Après l'opération, malgré des toni-cardiaques intenses, des injections à hautes doses d'extrait hépatique, l'état s'aggrave, l'ictère augmente, aucune sécrétion de bile. Adynamie intense. Le pouls dont la maxima est à 9, bat à 100 par minute. Les urines se relèvent aux environs d'un litre par 24 heures.

Les 8, 9 et 10 mai, les mèches cholédociennes et vésiculaires sont teintées d'une *petite quantité de bile épaisse très foncée*, mélangée à du sang. La température est au-dessous de 38. Lentement s'établit l'écoulement biliaire. On enlève la première mèche sans incident autre qu'une hémorragie en nappe abondante durant du 12 au 13 mai et semblant venir de la région vésiculaire. Pendant 3 jours, on trouve de gros caillots dans les pansements. La plaie saigne au moindre contact jusqu'au 16 mai. A ce moment on enlève la deuxième mèche qui drainait le cholédoque et on la remplace par un drain. Le malade a alors 2 drains : un vésiculaire, un cholédocien.

Le 20 mai, l'ictère diminue, l'état est meilleur. On donne une alimentation lacto-végétarienne. Le drain cholédocien est enlevé le 24 mai.

Tubage duodénal le 26 mai : il ne vient pas de bile duodénale, si ce n'est après injection de 10 cc. de SO^4Mg et seulement 1/2 plus tard, 20 cc d'une bile jaune d'or mais donc pas de bile B.

Le pansement est alors en même temps inondé de bile jaune, la bile du pansement est plus foncée que la bile duodénale.

Ces résultats sont confirmés par un deuxième tubage le 30 mai. La bile duodénale *vient toujours plus claire que la bile fistulaire*. On n'obtient pas de bile B duodénale mais un peu de bile A seulement après injection de SO^4Mg .

Le 28 mai, le prurit disparaît et le sommeil normal devient possible.

Le 2 juin : 3^e tubage, on n'obtient de la bile qu'après injection de $\text{SO}_4 \text{Mg}$ *plus foncée que celle obtenue précédemment* mais toujours pas de bile B. L'amélioration continue.

Le 6 juin : 4^e tubage. *Bile plus foncée*, l'écoulement est toujours plus net par la fistule.

Le 7 juin, dosage des pigments par la méthode de Van den BERGH : 11,4; Indice biliaire plasmatique : 8,20.

Le 11 juin : indice biliaire plasmatique : 8,58. Rose Bengale : 8,40, globules rouges 4.200.000; globules blancs 37.800.

5^e et 6^e tubages duodénaux les 12 et 19 juin. Bile A duodénale normale. Pas de bile B. La bile s'écoule bien par la plaie.

Le malade retourne chez lui. La fistule se ferme le 5 août. Les matières sont recolores depuis le 15 juin.

L'ictère a disparu rapidement.

Du 1^{er} juin au 26 juillet, le poids passe de 55 kilogs à 70 kilogs puis se maintient.

Le 19 septembre 1928 : Guérison complète. Foie encore gros mesurant 23 cm. sur la ligne mamelonnaire.

La guérison est maintenue le 20 novembre 1928.

On voit qu'il s'agit dans cette observation d'un cas d'ictère avec bile noire très intéressant.

On peut en effet à juste titre le qualifier comme l'ont fait MM. FIESSINGER et TOUPET d'ictère par hépatite aiguë. Toutefois, dans le cas présent, il est un symptôme d'importance qui manquait; c'est l'élévation de la température, et c'est ce qui a permis, devant la persistance inaccoutumée de l'ictère, de penser qu'il s'agissait d'un ictère par rétention. Certes on connaît depuis longtemps les hépatites aiguës telle que l'hépatite amibienne aiguë mais alors on observe généralement de la fièvre.

Certains auteurs tels que MM. DESPLAS et Jacques DALSACE ont décrit d'autre part des cas qu'ils ont dénommés « hépatites aiguës fébriles avec ictère », cas

qui, hormis l'élévation de la température et la régression des symptômes suffisamment rapide pour ne pas avoir obligé à une intervention, sont néanmoins à rapprocher de l'observation précédente.

Nous attirerons l'attention sur certains faits constatés par M. FIESSINGER lui-même et qui sont particulièrement intéressants quant au mécanisme de sécrétion de la bile foncée qui a coulé dans les jours qui ont suivi l'intervention.

Une constatation est intéressante en particulier en ce qui concerne le siège de formation de la bile noire et la discussion soulevée entre les auteurs sur le fait de savoir si elle est vésiculaire ou hépatique.

Nous préférons rapporter textuellement ce qu'a écrit M. FIESSINGER à ce sujet :

« Quand la fistule biliaire fut établie, malgré l'écoulement continu de bile, l'injection de $\text{SO}^4 \text{Mg}$ (au cours des tubages) provoquait un écoulement abondant de bile par la fistule. On pouvait croire que cette bile s'était accumulée dans la vésicule et que la contraction vésiculaire en favorisait l'issue au dehors. Ce fait nous semble assez discutable car en position couchée sur le côté droit, l'écoulement se fait trop librement pour admettre que la vésicule puisse remplir ses fonctions de réservoir, si bien que nous avons été enclins à penser que la sécrétion biliaire provoquée par le $\text{SO}^4 \text{Mg}$ dans ce cas résultait d'une excitation de la sécrétion biliaire hépatique. Loin de nous la prétention de nier ni la contraction vésiculaire incontestablement prouvée par les expériences de CHIRAY et

« PAVEL, ni la faculté de concentration biliaire de la
« vésicule mais dans le fait particulier qui nous in-
« téresse il nous semble difficile d'invoquer ces pro-
« priétés pour expliquer l'abondance et la couleur
« de la bile fistulaire au cours de l'épreuve de Meltzer
« et Lyon.

« Le tubage et l'injection de SO^4Mg exerçaient in-
« contestablement une influence excitatrice sur la sé-
« crétion biliaire hépatique et cette influence nous fut
« utile dans le traitement de cet ictère. ».

Nous rappellerons qu'au cours de ces tubages, la bile fistulaire a coulé constamment plus foncée que la bile duodénale qui, même au début ne coulait pas du tout. Au début, la bile qui s'écoulait dans le duodénum était plus claire que la bile fistulaire. Puis peu à peu, à partir du 3^e tubage, la bile duodénale a coulé plus foncée bien qu'on ait toujours l'impression qu'il y ait eu une gêne à l'écoulement de la bile dans le duodénum. C'est là un fait sur lequel nous reviendrons à la fin de ce chapitre.

Nous ne voulons mettre en valeur actuellement que le fait que l'injection de SO^4Mg par le tube d'Einhorn semblait nettement déterminer une sécrétion de bile foncée de formation hépatique.

Nous attirerons encore l'attention sur une autre remarque faite par M. Fiessinger lui-même que nous citerons encore, relative aux indications de la cholécystostomie dans des cas semblables :

« Certes, écrit M. Fiessinger, elle est loin d'être in-
« diquée constamment dans des faits semblables.

« L'anesthésie, le choc opératoire accentuent sans aucun doute temporairement l'insuffisance hépatique. Mais après (si le choc opératoire peut être supporté) l'écoulement par les compresses et par les drains alors qu'il n'y avait plus d'écoulement vers le duodénum, la sécrétion provoquée plus facilement par les drains que dans le duodénum, nous semblent prouver que le drainage vésiculaire, même en dehors de toute rétention, favorise l'excrétion biliaire. La fistule crée un état de drainage permanent et facile, fait en quelque sorte un appel biliaire ».

On voit que pour les rapporteurs du cas précité, le drainage vésiculaire favorise grandement le processus de guérison. Nous reviendrons sur ces considérations thérapeutiques au chapitre du traitement des divers cas cliniques de bile noire. Sans doute notre expérience à ce sujet est-elle encore assez récente et repose-t-elle sur un trop petit nombre de cas. Néanmoins nous en rapprocherons un cas de M. Raoul Charles Monod, rapporté par M. Pierre Mocquot à la séance de la Société de chirurgie du 17 avril 1929, sous le titre : « Un cas d'ictère chronique traité par la cholécystostomie. Exploration lipiodolée de la voie principale ».

M. Mocquot remarque que ce cas soulève deux questions intéressantes :

— celle de l'intérêt de l'exploration radiologique des voies biliaires par injection de lipiodol qui sort du cadre de cette thèse,

— et celle du « diagnostic et du traitement des ictères qui réalisent le syndrome de l'ictère par obstruction et dans lesquels il n'y a en réalité aucun obstacle sur le trajet des voies biliaires ».

Nous ne ferons que résumer l'observation.

OBSERVATION N° 7.

Il s'agissait d'un malade de 28 ans dont les troubles avaient commencé le 27 février 1928. Ils se sont caractérisés rapidement par un ictère persistant à type d'ictère chronique par obstruction tant et si bien qu'on a pensé qu'il pouvait s'agir d'une obstruction calculeuse et qu'on a fini par décider d'intervenir.

L'intervention a eu lieu le 10 avril 1928 (D^r Raoul Charles MONOD) : vésicule légèrement adhérente au colon mais paraissant tout à fait normale, la voie principale paraît normale, la tête du pancréas n'est pas indurée. La vésicule se vide facilement dans la voie principale. Cholécystostomie. Les suites opératoires sont caractérisées par une élévation de la température à 39,4 suivie d'ailleurs rapidement d'un abaissement autour de la normale.

La bile dans les premiers temps a coulé très abondamment par la sonde de cholécystostomie *d'abord très noire* puis progressivement s'est clarifiée.

On a pu grâce à la sonde de cholécystostomie pratiquer une injection de lipiodol qui a permis de vérifier la perméabilité des voies biliaires.

Le 27 octobre 1928, la fistule s'est fermée spontanément.

M. Mocquot qui rapporte ce cas a observé, dès 1919, avec M. Brulé, dans le service de M. Quénu, un cas tout à fait analogue où l'on avait porté le diagnostic clinique de calcul du cholédoque et où, à l'intervention on n'a pas trouvé trace de calcul. On a fait une cholécystostomie. L'ictère a disparu. On a procédé quelque temps plus tard à la fermeture chirurgicale de la fistule.

Il rappelle les articles de M. Brulé qui, à propos des difficultés du diagnostic des calculs du cholédoque, conclut à l'existence d'une variété d'*hépatite ictérique sans ascite* qui peut simuler étrangement l'ictère chronique des calculs du cholédoque.

M. Mocquot considère, et nous partageons cette opinion, qu' « il faut ajouter à ces caractères la notion que certaines de ces hépatites ictériques sont curables par le drainage biliaire réalisé grâce à la cholécystostomie ».

Il rappelle à ce propos les théories déjà anciennes de MM. Lemierre et Brulé qui en 1910 émettaient l'opinion maintenant admise partout que « dans nombre de cas l'obstacle au cours de la bile ne peut siéger qu'au niveau même de la cellule hépatique » s'appuyant en cela en particulier sur les constatations des rétentions biliaires dissociées qui obligent bien à admettre l'intervention de la cellule hépatique en tant qu'organe glandulaire.

M. Mocquot dit encore « Nous devons nous faire à l'idée que certains ictères qui simulent l'ictère par obstruction sont en réalité indépendants de tout obstacle et liés à un mauvais fonctionnement de la cellule hépatique ».

Il revient encore sur le fait que la bile qui s'est écoulée dans les jours suivant l'opération était *extrêmement foncée* puis s'est clarifiée peu à peu. Enfin la fistule s'est fermée spontanément.

Il semble donc bien que la cholécystostomie qui a permis à cette abondante production de bile noire de s'écouler, a permis à la cellule hépatique de re-

venir à un fonctionnement normal, l'écoulement biliaire se clarifiant progressivement, enfin on peut même faire l'hypothèse que le fonctionnement biliaire étant redevenu normal et la cellule hépatique n'ayant plus besoin de cette dérivation temporaire, la fistule biliaire, dernier vestige de la cholécystostomie s'est alors fermée spontanément.

Toujours est-il qu'à propos de la cholécystostomie dans les cas de ce genre (sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs au chapitre thérapeutique), M. Mocquot s'exprime de la façon suivante :

— « elle est efficace, le drainage biliaire permet
« le rétablissement progressif des fonctions du foie.

— « elle permet d'explorer ultérieurement grâce
« à l'injection de lipiodol l'état du cholédoque.

— elle laisse toutes possibilités pour une in-
« tervention ultérieure. »

Quant à expliquer l'action de la cholécystostomie, bien entendu toutes les hypothèses sont permises.

On en est réduit à la constatation clinique de son efficacité.

Nous n'avons pas grand chose à ajouter aux considérations précédentes et nos conclusions seront les mêmes que celles des auteurs qui ont publié ces cas. Ces cas sont et restent extrêmement curieux d'un mécanisme encore mal élucidé à l'heure actuelle. Toutefois il est une considération qui nous semble mériter l'attention.

On a discuté beaucoup, ces temps derniers, sur la cause possible de certaines rétentions biliaires et de

certaines ictères dans un spasme du sphincter d'Oddi. Bien que ce fait soit loin d'être démontré, il est tout à fait possible qu'il intervienne dans des cas tels que ceux précédemment rapportés.

C'est ainsi que dans le cas du Pr FIESSINGER, où lors de l'injection de $\text{SO}_4 \text{ Mg}$ par la sonde d'Einhorn, la bile coulait abondamment par la fistule cholécystique alors qu'on n'arrivait pas à en recueillir dans le duodénum, ce mode de réaction paradoxal au premier abord, pourrait peut-être s'expliquer par ce spasme du sphincter d'Oddi. Nous ne pouvons rien conclure actuellement à ce sujet.

Toujours est-il que ce sont là des cas d'ictère avec bile noire très intéressants. Ils montrent en tous cas que, lorsqu'on est en droit de soupçonner un cas de ce genre, on devra toujours rechercher systématiquement les éléments du syndrome de la bile noire — en particulier les phénomènes psychiques qui en sont les plus fidèles témoins. Nous dirons plus loin ce que nous pensons du traitement de ces malades. Il est bien évident que la cholécystostomie, décidée avec beaucoup de prudence, en même temps qu'elle est susceptible de guérir l'ictère, guérira les manifestations du syndrome de la bile noire qui ont, comme tout le laisse croire, les mêmes causes profondes que cet ictère lui-même, à savoir, le vice de fonctionnement de la cellule hépatique¹.

(1) Au moment où nous confions notre thèse à l'impression, paraît la relation d'un cas analogue qui concorde avec notre interprétation : Ictère par rétention sans obstacle organique avec hypertonie vésiculaire. Cholécystotomie curative. Cas de M. Pierre GOINARD. Rapport de M. J. OCKINCZYC. Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. 20 juin 1934.

III. — DIAGNOSTIC DU SYNDROME DE LA BILE NOIRE.

DIAGNOSTIC DE LA FORME CLINIQUE EN PRESENCE DE LAQUELLE ON SE TROUVE

Nous avons vu combien sont variables les aspects cliniques que peut revêtir le syndrome de la bile noire. Comment pourra-t-on en porter le diagnostic ?

Comment pourra-t-on classer la variété du cas observé ?

Nous ne présenterons pas ce chapitre sous la forme habituelle : (diagnostic positif, diagnostic différentiel, diagnostic étiologique) forme qui ne répondrait nullement à la façon dont on observe les choses en clinique. On pense en effet très rarement d'emblée au syndrome de la bile noire mais on porte un diagnostic qui correspond d'ailleurs à la réalité mais auquel se trouve associé le syndrome en question.

Nous préférons, envisageant les diverses classes de malades auxquelles on pourra avoir affaire, montrer comment on pourra classer le malade observé dans telle ou telle variété clinique.

Le diagnostic peut schématiquement se poser :

1. En présence de malades présentant des troubles digestifs;
2. En présence de malades présentant des troubles psychiques;

3. En présence de malades présentant des troubles à caractère hépato-vésiculaire.

4. En présence de malades présentant un ictère.

1. Diagnostic du syndrome de la bile noire en présence de malades présentant des troubles digestifs.

Le diagnostic ne se posera dans ces cas qu'en présence de manifestations digestives bien déterminées. On sait en effet la catégorie considérable de malades se plaignant de troubles digestifs. Nous ne songeons même pas, bien entendu, à discuter le diagnostic en présence de malades présentant des troubles très caractéristiques d'une affection bien connue et bien déterminée. Nous voudrions montrer seulement quels sont les troubles qui pourront faire penser à la bile noire et comment on pourra les vérifier. Les malades de gastro-entérologie devant lesquels on pourra évoquer le syndrome en question seront ceux qui présenteront des pesanteurs douloureuses de l'hypochondre droit avec accompagnement psychique, survenant par poussées paroxystiques durant de quelques jours à un mois ou deux, au cours desquelles se trouve réalisé tout un tableau qui attire l'attention sur l'appareil hépato-biliaire.

Ce sont des malades qui normalement se portent relativement bien, ont un appétit satisfaisant, digèrent bien mais, à un moment donné se produit ce qu'ils appellent eux-mêmes « une crise ». En quelques jours leur état change du tout au tout. Ils n'ont

plus de goût pour aucun met, ils digèrent mal, sont constipés, leur langue est saburrale. Leur caractère se ressent de cet état; ils deviennent tristes, ont « le cafard » et présentent une irritabilité inattendue qui frappe leur entourage. Souvent, à l'examen, on est frappé par un léger subictère des conjonctives qu'eux-mêmes ont pu ne pas remarquer. Ils peuvent parfois se plaindre d'une douleur sous le rebord costal droit que l'on localise par la palpation au niveau du point vésiculaire. Ils ne ressentent pas d'ailleurs une véritable douleur mais une gêne, une pesanteur; ils ont parfois l'impression que leur foie leur « pèse » mais ce dont ils se plaignent surtout, c'est du mauvais fonctionnement de leur tube digestif. D'eux-mêmes, souvent, ils se mettent à un régime restreint hypotoxique et les phénomènes s'amendent plus ou moins vite, lors des premières crises surtout; mais ce qui frappe tout particulièrement dans leur histoire, c'est la répétition des accidents à plus ou moins long intervalle, réagissant plus ou moins bien aux thérapeutiques diverses employées. Dans leurs antécédents, en effet, par l'interrogatoire, on retrouve la notion de crises semblables antérieures, retentissant plus ou moins sur l'état général, les obligeant d'ailleurs rarement à quitter leurs occupations habituelles, crises presque toujours teintées d'une note biliaire qu'il faudra rechercher avec soin : soit léger subictère, soit intolérance plus marquée pour les graisses, les œufs et le chocolat, soit pesanteur de l'hypocondre droit, parfois encore urines particulièrement foncées avec

selles moins colorées qu'à l'ordinaire. Bref, l'intermittence des manifestations devra attirer l'attention. Les malades ont généralement essayé déjà une série de thérapeutiques s'adressant au fonctionnement du tube digestif : calmants gastriques, stimulants de l'appétit, antiputrides intestinaux. C'est alors qu'un excellent moyen de prouver l'origine biliaire de ces troubles sera l'essai de certains médicaments cholagogues qui donneront les meilleurs résultats là où les autres traitements auront échoué.

Ces malades sont très souvent des porteurs de bile noire. Il est certes assez difficile de le prouver en dehors de l'épreuve de l'excrétion vésiculaire provoquée nécessitant un tubage duodénal qui sera rarement admis par ces malades au début. Mais le fait qu'ils réagissent à merveille au drainage médical des voies biliaires, tout au moins pendant un temps, surtout la vérification qu'on a souvent été amené à faire, lorsqu'on est intervenu chirurgicalement, de la présence de la bile noire, démontre que, tout au moins dans toute une série de cas, on observe chez certains de ces malades, des manifestations isolées du syndrome de la bile noire. On devra y songer tout particulièrement, comme on l'a vu, toutes les fois que les troubles observés auront un retentissement psychique marqué.

Le diagnostic a toujours un gros intérêt car la mise en œuvre immédiate de la thérapeutique appropriée à ces cas pourra non seulement les guérir rapidement, mais encore prévenir des complications telles que l'infection vésiculaire par stase et toutes ses con-

séquences et même peut-être, dans certains cas, la lithiasé biliaire elle-même. Nous nous sommes placés ici sur le terrain de la pure clinique, mais on ne devra pas se borner à procéder à l'examen méthodique et complet de ces malades, il sera toujours d'un grand intérêt de pratiquer toute une série d'épreuves de laboratoire et de dosages : recherche et dosage des pigments biliaires dans le sang, dans les urines et dans les selles; dosage des sels biliaires dans les urines; dosage de la cholestérine sanguine et, si l'on peut prélever un peu de bile B par tubage, examen complet de cette bile physique, chimique, histologique et bactériologique.

On a pensé à une bile noire. A quelle variété a-t-on affaire et, en particulier, chez ces malades digestifs, les plus nombreux et les plus polymorphes, comment pourra-t-on préciser s'il s'agit de bile noire par cholécystatonie ou de bile noire par désordre du fonctionnement hépatique ?

Là, le problème est beaucoup plus complexe. Néanmoins, ayant déjà envisagé dans les chapitres précédents, et la cholécystatonie et les biles noires hépato humorales, nous avons déjà vu qu'il existe un certain nombre de différences assez nettes entre ces deux catégories de malades.

Tout d'abord au point de vue de l'aspect du malade et de l'histoire de la maladie.

Dans certains cas, il s'agira de malades chez lesquels les manifestations digestives seront noyées dans tout un ensemble morbide particulier. Ces malades se présentent à tous les points de vue comme

des atoniques, des ptosiques. Ils sont maigres, ayant perdu peu à peu leur tissu adipeux. Ils présentent un estomac distendu atone dont le bas fond descend jusque dans la fosse iliaque droite; leur colon est également ptosé; leurs digestions sont lentes, tous leurs viscères creux abdominaux sont gargouillants par ralentissement du transit digestif. Les crises qu'ils ont présentées ressortent assez peu sur le fond d'atonie générale qui constitue leur manière d'être habituelle. Elles ne sont pas très douloureuses. Elles durent relativement peu de temps et retentissent de façon peu durable sur l'état général. En présence de tels malades, on pensera plus volontiers à la cholécystatonie. Leur vésicule est, comme leurs autres viscères, déficiente, mal contractile, distendue et l'on y pensera d'ailleurs facilement en présence de leur aspect si caractéristique surtout lorsqu'on aura relevé chez eux tout cet ensemble de manifestations d'atonie générale.

Au contraire, d'autres fois, il s'agira de malades se présentant tout différemment. Ils ne frappent pas dès l'abord par cet aspect si spécial d'atonie générale mais se montrent comme des sujets apparemment bien portants, d'une corpulence normale avec de bonnes tuniques musculaires. Ils ont été pris assez brusquement, alors que leur santé était satisfaisante d'une de ces crises particulièrement pénibles qui va changer en quelques jours leur façon d'être. L'alarme est donnée comme précédemment par le tube digestif qui se refuse à remplir ses fonctions normales. La langue est blanche, saburrale, l'appétit disparu — la

constipation alterne avec des selles diarrhéiques et putrides. Rapidement apparaît la douleur du flanc droit caractéristique : sensation de gonflement hépatique, gêne douloureuse s'étendant depuis le rebord costal droit jusque dans la fosse iliaque de ce côté. Rapidement aussi l'état psychique des malades change. Ils deviennent tristes, hargneux, difficiles et coléreux. Il leur semble que tout va mal et les plus petites difficultés de l'existence prennent pour eux l'importance de graves complications. Nous ne reviendrons pas sur le syndrome psychique déjà décrit. Résumons donc en disant que, rapidement, l'état de ces malades est tout à fait transformé et d'emblée sérieusement touché. Sous l'influence d'une cause parfois minime, alimentaire le plus souvent, il s'est produit brusquement un déséquilibre, un dysfonctionnement qui a troublé profondément l'état humoral et le fonctionnement hépatique. Ajoutons que le retour à l'état intermédiaire aux crises sera le plus souvent lent et progressif bien que, dans certains cas il puisse se montrer assez rapide.

En général, cependant, le malade reste longtemps abattu, déprimé et ce n'est que petit à petit que l'équilibre se rétablit. Dans des cas semblables on sera plutôt orienté vers la bile noire hépato humorale. On pourrait d'ailleurs éliminer la cholécystatonie par certaines épreuves telles que la radiographie après tétraïode qui montrerait alors, dans les cas types, l'absence de dilatation de la vésicule et même pourrait montrer sa contraction normale en pratiquant l'examen en période digestive. Quant au tubage

duodénal, il n'a pas encore été fait un nombre suffisant de confrontations des résultats dans ces deux cas différents. Mais il est permis d'en attendre les plus intéressantes conclusions. Aussi devra-t-on toujours le pratiquer chaque fois qu'il sera admis par le malade. Nous avons vu qu'en cas de cholécystastonie, l'épreuve de MELTZER-LYON, ou ne ramène pas de bile B, ou ramène une bile B anormalement abondante et foncée. Au contraire, dans le cas d'hépatite dans son sens le plus large, de bile noire hépato-humorale, la bile B sera certes abondante et noire mais, si l'on peut obtenir un peu de bile C, elle sera aussi bien plus foncée que la bile C normale.

Voyons maintenant avec quels troubles psychiques les manifestations mentales qui accompagnent la bile noire posent le diagnostic.

2. Diagnostic du syndrome de la bile noire en présence de malades présentant des troubles psychiques.

Nous avons vu que les troubles psychiques constituent un élément constant au cours du syndrome de la bile noire mais si, le plus souvent, ils ne sont qu'un élément corollaire des autres troubles, en particulier des troubles digestifs, dans certains cas il peut se faire que l'importance respective des symptômes soit inversée et que les troubles psychiques, prenant le devant de la scène, en imposent pour une affection relevant exclusivement du domaine des maladies mentales .

On ne saurait trop insister, à ce point de vue, sur la nécessité absolue, en présence de troubles psychiques à caractère mélancolique, de pratiquer un examen somatique absolument complet, en s'attachant tout particulièrement au système nerveux, au tube digestif et à l'appareil hépato biliaire, car ce n'est que lorsqu'on aura sûrement éliminé toutes les causes organiques possibles que l'on aura le droit de conclure qu'il s'agit d'une affection purement mentale.

Les éléments du syndrome psychique, nous y sommes déjà revenus plusieurs fois :

— La tristesse, le symptôme dominant pouvant aller jusqu'à l'anxiété véritable avec obsessions hypochondriaques;

— L'asthénie psychique avec difficulté pénible de l'idéation;

— L'irritabilité;

— L'aboulie progressive — les malades perdent peu à peu leur volonté et deviennent incapables de prendre une décision.

Tels sont les principaux éléments psychiques que l'on pourra être amené à constater chez certains malades. Leur allure générale, la façon même dont ils se manifestent, devront être analysés soigneusement. Chez nos malades à bile noire ces troubles se produisent par véritables crises survenant brusquement; ils diminuent alors lentement, progressivement, jusqu'au retour à l'état normal puis une nouvelle crise se produit et ainsi de suite. Ce caractère essentiel de l'évolution des accidents aiguille vers une affection à manifestations périodiques. On devra toujours

dans ces cas examiner avec le plus grand soin le système nerveux, le tube digestif et le foie. C'est ainsi que l'on aura parfois la surprise de constater à l'examen, sans même que le malade ait attiré notre attention de ce côté, la douleur de tout le flanc droit, caractéristique des « hépato colitiques » et cette constatation jointe à celle de quelques autres petits troubles de moindre importance : langue saburrale, migraines, subictère de conjonctives, accès de constipation périodique, aiguillera bientôt le diagnostic vers un mauvais fonctionnement de l'appareil hépato biliaire. On pensera plus spécialement à la bile noire, étant donné la prépondérance prise dans le tableau clinique par les symptômes psychiques les plus fidèles témoins de cette atrabile.

Le premier stade du diagnostic, dans le sens où nous procédons, consiste donc à établir qu'il s'agit bien d'un syndrome organique. Quelles affections mentales pourraient prêter à confusion ? Elles sont multiples, depuis la dépression simple jusqu'aux phases de mélancolie de la psychose maniaque dépressive, en passant par la psychasthénie, les états hypocondriaques, les syndromes mélancoliques, les obsessions.

La dépression simple que l'on peut voir se produire après un certain nombre de maladies infectieuses graves peut également survenir après une longue période de surmenage : elle revêt le plus souvent le type de la dépression mélancolique, état affectif caractérisé par une tristesse continue, sans douleur morale vive, ni anxiété, ni idées délirantes,

l'inhibition psychique et motrice occupant le premier plan.

— La psychasthénie est cette constitution si particulière, bien individualisée par P. JANET. Elle comprend : un état interparoxystique et des symptômes paroxystiques. Renvoyant le lecteur aux nombreux ouvrages qui en traitent, nous ne ferons que schématiser ces états de quelques mots.

La caractéristique permanente du psychasthénique est un état psychique pénible de gêne, de malaise survenant à propos de tout phénomène mental et de toute action, état dénommé par P. JANET « sentiment d'incomplétude ».

Le psychasthénique présente une incessante contrainte à l'introspection qui l'empêche continuellement d'avoir l'esprit libre et tranquille. Au moment des crises paroxystiques ces malades présentent une série de symptômes presque tous à caractère obsessif. Parfois au début grande anxiété anidéïque sur laquelle viennent se greffer rapidement des obsessions dans lesquelles entrent en jeu l'imagination péjorative, l'auto-suggestion, la recherche du pire.

Nous résumons en disant qu'il peut s'agir :

- d'obsessions de caractère interrogatif;
- d'obsessions phobiques;
- de phobies d'impulsions.

Les états hypocondriaques sont le fait de malades qui ont toute leur attention tournée vers leur cénesthésie abdominale. La moindre perception anormale au niveau de leurs organes abdominaux dé-

clenche une obsession sur un thème de pathologie de l'organe en question.

Parmi les syndromes mélancoliques on classe diverses affections : la mélancolie présénile est considérée par beaucoup d'auteurs comme une affection bien individualisée par son début chez des sujets au moment du retour d'âge à l'occasion d'un choc mental plus ou moins important, par son affectivité à caractère de douleur morale terrible, par ses idées délirantes à type d'auto-accusation, de craintes imaginaires. Nous ferons aussi une place aux états mélancoliques infectieux survenant au début, au cours ou à la fin de maladies toxi-infectieuses, surtout lorsqu'elles atteignent directement le système nerveux, aux états mélancoliques par épuisement, exagération de la dépression par surmenage, aux états mélancoliques dans les tumeurs.

Les obsessions se caractérisent par un état d'anxiété, par la pénétration forcée dans la conscience d'une idée qui, bien qu'apparaissant au malade en désaccord avec sa personnalité persiste malgré tous ses efforts pour la chasser. On distingue les idées obsédantes, les phobies, les obsessions impulsives.

Enfin, le diagnostic se pose encore avec les phases de mélancolie de la psychose maniaque dépressive mais on recherchera toujours l'existence dans les antécédents de phases de manie caractérisées par l'hyperexcitation et l'hypertonie générale, phases qui n'existent pas bien entendu chez les hépato-biliaires. Ceux-ci entre leurs crises de tristesse retrouvent sen-

siblement un état normal tout en restant cependant des scrupuleux et des soucieux.

Une fois démontrée l'organicité des troubles mentaux présentés par les malades, ces manifestations étant sensiblement les mêmes dans la cholécystatonie et dans la bile noire hépato-humorale on devra encore faire la discrimination entre ces deux affections. Nous en avons vu les principaux éléments au chapitre précédent. On tiendra compte d'abord de l'aspect général des malades puis on procédera à un interrogatoire minutieux recherchant les circonstances d'apparition et d'évolution des crises qui sont comme nous l'avons vu précédemment, quelque peu différentes dans l'un et l'autre cas. On s'aidera chaque fois qu'on le pourra, de la radiographie et du tubage avec épreuve de MELTZER-LYON.

On comprend l'intérêt capital du diagnostic de l'origine des troubles mentaux de ces malades, car il permettra par le traitement adéquat de guérir ces malades en leur évitant toutes les conséquences pénibles qu'aurait entraîné leur classement dans la catégorie des mentaux.

3. Diagnostic du syndrome de la bile noire en présence de malades présentant des troubles à caractère hépato-vésiculaires.

Les sujets que nous envisageons dans ce paragraphe se présentent d'une façon très particulière. Depuis longtemps ils souffrent de l'hypocondre droit

avec des crises intermittentes où les symptômes s'exacerbent au point de réaliser le syndrome de la colique hépatique. Les douleurs ont été parfois assez vives pour légitimer l'emploi de la morphine. Les radiographies n'ont rien montré d'anormal. Il faut ajouter que ces sujets au moment de leurs crises présentent constamment des troubles de l'affectivité et du caractère. Cependant, comme ces faits peuvent également se voir au cours de la lithiase on a tendance à les considérer malgré tout comme des porteurs de calculs. C'est dans ces cas, qu'il faut tout particulièrement penser à une bile noire hépato-humorale avec grand cortège symptomatique hépato-vésiculaire.

Et en effet dans de nombreux cas on est intervenu; on n'a pas trouvé trace de calculs ni dans les voies biliaires ni dans la vésicule mais à la ponction et à l'ouverture de celle-ci il s'est écoulé une bile épaisse et noirâtre. Il faut donc savoir que le seul dysfonctionnement hépatique peut suffire à réaliser un syndrome en tous points semblable à celui que présentent les porteurs de calculs de la vésicule ou des voies biliaires. Peut-on distinguer ces cas en question des véritables cas de lithiase avant d'être intervenu ? Le diagnostic est très délicat et repose sur l'interprétation de nuances, néanmoins l'analyse soigneuse des symptômes dans chacun des cas montre des différences qu'il sera souvent possible de mettre en évidence. Nous allons reprendre rapidement les principaux symptômes de la cholécystite calculieuse chro-

nique et montrer en quoi ils diffèrent de ceux d'une bile noire sans lithiase.

Tout d'abord, en ce qui concerne les signes qui amènent le malade à consulter, ce sont sensiblement les mêmes dans l'un et l'autre cas : douleurs à type hépato-vésiculaire paroxystiques survenant par crises durant un temps variable. Notons toutefois, mais d'une façon toute générale, qu'au cas de bile noire isolée il est assez rare que les douleurs revêtent une intensité aussi violente qu'au cas de lithiase, rare qu'elles réalisent le syndrome complet de la colique hépatique. Mentionnons cependant que dans certains cas elles peuvent être extrêmement marquées. Dans les périodes intermédiaires aux crises, la douleur permanente de l'hypocondre droit ne peut être différenciée dans l'un et l'autre cas.

Encore plus délicat est le diagnostic lorsque la symptomatologie de ces affections est atypique et attire plutôt l'attention sur l'estomac ou sur l'intestin. Nous en avons vu toutes les modalités au chapitre qui concerne la bile noire accompagnant les cholécystites lithiasiques chroniques. Nous rappellerons seulement que les troubles digestifs faisant partie intégrante du syndrome de la bile noire, c'est un diagnostic qui se pose fréquemment et est alors particulièrement difficile à résoudre. Quant aux signes physiques, si l'on n'obtient pas toujours, en cas de bile noire isolée, le véritable signe de MURPHY avec sa localisation précise et son acuité caractéristique, on note du moins toujours un point sensible sous le rebord costal droit. Le fait que l'on perçoit ou non

la vésicule ne peut être pris comme critère de distinction puisque les deux éventualités sont possibles dans l'un et l'autre cas. Toutefois, il est exceptionnel de noter une véritable défense musculaire et surtout de l'empâtement en cas de bile noire isolée. La radiologie par contre prend un grand intérêt. Sans préparation spéciale, la radiographie ne montre pas d'ombre calculeuse. Elle pourrait assez rarement montrer l'ombre de la vésicule elle-même.

La cholécystographie après préparation tétraiodée est plus intéressante. Elle montrera le plus souvent l'ombre vésiculaire lorsque son fonctionnement est normal. Des calculs intravésiculaires pourraient alors paraître en clair sur le fond sombre de la vésicule. L'absence d'image calculeuse aux deux examens successifs, sans préparation et après tétraiode, constituera une sérieuse présomption en faveur de l'absence de lithiase donc d'un autre syndrome tel que celui de la bile noire. Le tubage duodénal, complété par l'épreuve de MELTZER-LYON garde ici la grosse valeur qu'il a dans tous les cas pour l'appréciation du syndrome de la bile noire. La bile B vésiculaire qu'il ramènera sera foncée, visqueuse. On pourra y noter la présence de petits calculins, ce qui serait en faveur d'une lithiase possible; l'examen histo-bactériologique montrera si la bile est septique ou aseptique, ce qui permettra de classer le cas auquel on a affaire. Si l'on réussit à obtenir de la bile C hépatique et qu'elle soit nettement plus foncée que normalement, on tiendra alors l'argument décisif en faveur du dysfonctionnement hépatique. Il faudra

enfin donner toute son importance au syndrome psychique dont nous avons vu toute l'ampleur dans tous les cas de bile noire. C'est lui surtout qui permettra de diagnostiquer en se reposant sur un argument des plus sûrs.

On voit, en résumé, qu'il est possible sur un ensemble de nuances de symptomatologie de distinguer une cholécystite calculeuse chronique d'une bile noire isolée. On sera appelé d'autres fois, en présence d'une lithiase vésiculaire pure, d'une cholécystite sans lithiase ou d'une cholécystite lithiasique, à discuter la possibilité d'association de bile noire dont l'intérêt bien que beaucoup moins grand que dans le cas précédent, existe néanmoins.

Enfin il pourra arriver qu'on n'ait pas pensé à la bile noire. Devant la précision des signes de lithiase, même en l'absence de confirmation radiologique, on aura décidé d'intervenir. A l'intervention on ne trouve rien d'autre que de la bile noire dans la vésicule. Il est bon alors de connaître cette éventualité pour savoir l'attitude à adopter, qui fait l'objet du chapitre suivant.

4. Diagnostic du syndrome de la bile noire en présence de malades présentant un ictère.

Dans deux cas très différents on pourra penser que la bile noire s'associe à un ictère que l'on constate et en tirer d'intéressantes conclusions thérapeutiques :

— au cours des ictères hémolytiques;

— au cours de certains ictères à type d'ictère par rétention sans qu'on puisse cependant déceler aucun obstacle sur les voies biliaires.

En ce qui concerne la bile noire au cours des ictères hémolytiques, voilà schématiquement comment les choses peuvent se présenter. Nous supposons posé le diagnostic d'ictère hémolytique. Quels éléments permettront de préciser qu'il s'y associe un syndrome de la bile noire ? Les troubles digestifs n'entrent pas ici en ligne de compte mais les troubles psychiques conservent ici leur importance capitale. C'est par eux que l'attention sera attirée et aiguillée vers la bile noire.

Bien entendu s'il est possible de pratiquer un tubage duodénal, on pourra alors avoir sa manifestation objective et certifier son existence. Certes ici la constatation du syndrome passe tout à fait au second plan et la thérapeutique devra être avant tout dirigée contre le processus d'hémolyse lui-même. C'est ainsi que, dans l'observation rapportée au chapitre de la clinique, on a vu que la première intervention sur la vésicule légitimée par la présence manifeste de calculs intra-vésiculaires et terminée par l'établissement d'une cholécystostomie, n'avait même pas déterminé d'arrêt dans l'évolution de l'affection et ce n'est que lorsque l'on a eu pratiqué la splénectomie que l'on a vu rapidement le processus rétrocéder et la malade guérir. Mais ce qui nous intéresse ici c'est la constatation suivante : les troubles psychiques notés chez la malade n'ont disparu que lorsque l'on a eu pratiqué la splénectomie. Autre-

ment dit, au cours des ictères hémolytiques, le syndrome de la bile noire que l'on peut constater fait intimement partie du tableau d'ensemble de l'ictère et relève avant tout d'un traitement dirigé contre cet ictère.

Il en est bien autrement au cours de ces ictères chroniques sans obstacle sur les voies biliaires dont il a été parlé au chapitre de la clinique et dans lesquels après avoir constaté à l'intervention une bile noire monosymptomatique, la pratique d'une simple cholécystostomie de dérivation a amené la guérison. Ces cas sont rares mais particulièrement intéressants. On a vu comment les choses se passent : un malade présente des troubles digestifs accompagnés d'ictère qui peu à peu se prolonge des semaines. On pense d'abord à un ictère catarrhal prolongé ; mais, devant la persistance inaccoutumée, on finit par envisager le diagnostic d'ictère chronique par rétention et l'on cherche quel pourrait bien être l'obstacle oblitérant les voies biliaires ? Les examens cliniques et radiographiques ne montrent absolument rien. On pense néanmoins à un calcul. On intervient : bile noire : cholécystostomie : guérison lente, progressive.

Le diagnostic ne se trouve donc véritablement fait qu'à l'intervention et c'est, en désespoir de cause, en quelque sorte, que l'on a pratiqué les premières fois, cette opération, considérée comme palliative et temporaire, la cholécystostomie. On a eu l'heureuse surprise de voir à sa suite les malades guérir progressivement. Maintenant que l'on a rencontré

un certain nombre de ces cas, ne pourrait-on pas essayer de poser le diagnostic avant l'intervention et, dans les cas où aucun examen clinique radiologique ou de laboratoire n'a pu mettre en évidence une cause d'oblitération, penser qu'il pourrait s'agir d'un des ictères précédents où semblent se combiner un processus d'hépatite et une sorte de dérèglement des voies biliaires qui n'accomplissent plus leurs fonctions comme à l'habitude. On pourra encore soulever l'hypothèse du spasme du sphincter d'Oddi qui répond bien à ce qu'on observe et qui satisfait assez bien l'esprit mais qui n'est pas encore démontrée. Toujours est-il qu'à l'intervention ce ne sera qu'après avoir scrupuleusement éliminé tout obstacle manifeste que l'on pourra conclure au diagnostic précédent, c'est alors qu'on sera autorisé à pratiquer le drainage temporaire des voies biliaires par cholecystostomie. Nous devons avouer cependant, en terminant ce paragraphe, que la plupart du temps, on n'a pas pensé à cette forme particulière de bile noire et que c'est l'intervention seule qui en montre la présence.

On voit donc que l'association de bile noire à certains ictères peut avoir un très grand intérêt.

En résumé, en ce qui concerne le diagnostic du syndrome de la bile noire, nous précisons que s'il s'agit là surtout d'un diagnostic d'élimination, il doit cependant avoir droit de cité dans la classe des affections du foie et des voies biliaires et qu'on peut, sinon

en porter le diagnostic ferme, du moins songer souvent à sa possibilité.

On a pu remarquer d'autre part, au cours de tous les paragraphes de ce chapitre, l'importance primordiale qu'il faut donner au *tubage suivi de l'épreuve de Meltzer-Lyon*. Lui seul peut établir le diagnostic de bile noire de façon objective et permettre de traiter les malades en tenant compte de cette bile.

Nous nous proposons maintenant d'exposer rapidement les principales directives qu'il nous semble y avoir intérêt à suivre dans les différents cas envisagés. Sans chercher à faire des considérations stériles sur le mode d'action de ces méthodes, nous indiquons simplement les conclusions qui se dégagent des tentatives pratiquées par les différents auteurs.

IV. — INDICATIONS THERAPEUTIQUES DANS LES DIVERSES FORMES CLINIQUES DU SYNDROME DE LA BILE NOIRE

On a vu d'une part la multiplicité des formes cliniques que peut revêtir le syndrome de la bile noire. On a vu d'autre part, qu'il est possible d'en poser le diagnostic et même de préciser la forme en présence de laquelle on se trouve. Quelle attitude sera-t-il indiqué de prendre en présence de chaque cas particulier ? Nous voulons ici, non pas trancher de façon définitive ces indications thérapeutiques, ce qui est impossible, puisqu'elles varient, bien entendu, avec chaque cas d'espèce, mais esquisser les lignes de conduite les plus logiques qui devront servir de guide dans chacune des formes envisagées. Nous reprendrons donc ici un à un les chapitres cliniques.

1) INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES CAS DE BILE NOIRE PAR OBSTACLE MÉCANIQUE SUR LES VOIES D'EXCRÉTION.

Dans des cas de ce genre, tout dépend de la nature de l'obstacle. Ces problèmes ont déjà été envisagés depuis bien longtemps et nous passerons rapidement.

Si l'obstacle est constitué par un calcul enclavé dans les voies d'excrétion, il va sans dire que le trai-

tement consistera dans l'ablation de ce calcul, suivant les méthodes variables proposées par les auteurs.

Si l'obstacle résulte de brides ou d'adhérences qui compriment de façon extrinsèque la voie biliaire principale le traitement sera la section de ces brides, la libération de ces adhérences. Mais si l'obstacle apporté au cours de la bile provient au contraire d'une compression exercée par la tête du pancréas tuméfié sous l'effet d'un processus inflammatoire ou néoplasique, l'attitude à adopter peut prêter alors à discussion. Celle-ci porte tout entière sur le fait de savoir si l'on a des éléments permettant d'affirmer qu'il s'agit d'une néoplasie. Si en effet on a réuni un ensemble de faits suffisants pour permettre de penser qu'il s'agit d'une néoplasie et qu'il est impossible que le cours de la bile se rétablisse spontanément, l'on peut discuter l'opportunité respective de l'abouchement de la vésicule à la peau ou de l'anastomose directe de la vésicule à l'estomac, de la cholécysto-gastrostomie. Les avantages et inconvénients de l'une et l'autre de ces interventions ont été décrits avec soin dans un certain nombre de travaux. On les trouve exposés dès 1926 dans la thèse de P. Lubin sur « Les anastomoses bilio digestives ». ¹ L'analyse physiologique de ces interventions a été reprise très complètement dans le livre de MM. Bérard et Mallet-Guy ². La cholécystogastrostomie a soulevé deux objections principales : l'infection de la vésicule par le contenu stomacal : si la

(1) P. LUBIN, Les anastomoses bilio digestives. Thèse de Paris, 1926.

(2) BÉRARD et MALLET-GUY, Voies biliaires et chirurgie. Paris, Masson, 1932.

bouche est large et bien faite, il semble que les risques en soient minimes; les troubles physiologiques résultant du déversement en grande quantité de la bile dans l'estomac; à la suite de nombreuses expériences, en particulier celles de Dastre et d'Oddi, il résulte que, pratiquement, il ne s'ensuit aucun trouble physiologique à l'introduction de la bile dans l'estomac; si bien que certains auteurs considèrent la cholécystogastrostomie comme le mode d'anostomose cholécysto-digestive à préférer à tout autre.

On a rappelé l'attention assez récemment, sur une intervention qui est peut-être appelée à un certain avenir, car, pour ses protagonistes, elle supprime les inconvénients de la cholécystogastrostomie, c'est la cholédoco-duodénostomie; mais elle n'a pas encore fait ses preuves, et dans l'état actuel des choses, il semble qu'on doive s'en tenir à l'anostomose à laquelle on doit de remarquables succès, — celle de la vésicule à l'estomac. — Ces dernières interventions ne se discutent bien entendu qu'en cas de néoplasie certaine de la tête du pancréas, indiquant une dérivation définitive du cours de la bile. Si, au contraire, on est certain qu'il ne s'agit que d'un processus inflammatoire, appelé à rétrocéder (pancréatites chroniques) il semble indiqué de pratiquer une dérivation temporaire de la bile par cholécystostomie, la fistule se fermant le plus souvent d'elle-même à mesure que la perméabilité cholédocienne se rétablit. Mais, dans tous les cas où l'on pourra avoir un doute quelconque, surtout si l'état du malade est précaire,

il vaudra mieux, même s'il y a toutes chances pour qu'il s'agisse d'un cancer, ne pas pratiquer d'emblée la cholécystogastrostomie, car, même parfaitement exécutée, elle crée toujours un fonctionnement anormal de l'appareil biliaire; aussi sera-t-il préférable de se borner à établir une simple et bénigne cholécystostomie d'attente. Elle aura d'ailleurs le gros avantage de permettre de pratiquer l'injection lipiodolée de l'appareil biliaire, de pouvoir ainsi confirmer souvent le diagnostic dans un sens ou dans l'autre, et, dans le cas où le diagnostic de cancer se confirme, il sera toujours temps de pratiquer la cholécystogastrostomie.

2) INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES CAS DE CHOLÉCYSTATONIE.

Nous empruntons les directives thérapeutiques qui vont suivre à l'article écrit sur la cholécystatonie, déjà cité plus haut, par MM. Chiray, Lomon, Zit-zermann, Pavel et Milochevitch. Il en résulte que lorsqu'on se trouve en présence d'un cas bien délimité de cholécystatonie, la base même du traitement consiste dans la rééducation fonctionnelle de la vésicule réalisable par le drainage médical répété des voies biliaires, sous forme de tubages avec injection de sulfate de magnésie. Au début, on devra pratiquer ces tubages une ou deux fois par semaine, puis on pourra les espacer et les faire seulement tous les quinze jours, trois semaines ou un mois. Il s'agit

d'ailleurs d'un traitement à prolonger. D'ailleurs, assez souvent, les malades, soulagés par les tubages précédents, viennent eux-mêmes réclamer un nouveau tubage, et cela peut durer un, deux et même trois ans. Entre les tubages, on prescrira un médicament à prendre chaque jour en alternant : tantôt l'huile d'olives, le matin à jeun, tantôt le sulfate de magnésie, si bien supporté, tantôt les préparations peptonées. L'huile d'olives est un excellent médicament pour ces malades, le plus actif, le plus facilement supporté si elle est bien pure. On peut d'ailleurs lui associer avantageusement un peu de lécithine, qui est un puissant cholécystokinétique. Elle a l'avantage d'être un laxatif très doux, ce qui est un intérêt heureux chez ces malades généralement vagotoniques digestifs, très susceptibles aux laxatifs donnant un spasme et qui occasionnent de ce fait, un redoublement de la constipation et des crises de colite réactionnelle. De tous les cholécystokinétiques l'huile d'olives est le seul qui ne puisse nuire en rien au transit intestinal.

Y a-t-il intérêt à associer d'autres drogues aux médications précédentes ? On a essayé in vitro l'action expérimentale de la pilocarpine et de l'ésérine sur la contractilité vésiculaire. Les résultats furent assez peu démonstratifs, mais toujours est-il qu'in vivo ces substances ont une action indéniable. On peut associer au traitement de base certaines médications adjuvantes utiles : tel le chlorure de calcium contre l'état névropathique, le gardénal, l'opium, la belladone à petites doses contre l'anxiété. Les malades se trouveront toujours bien d'une cure à la campa-

gne ou en demi altitude. Quant au régime, il n'y a pas lieu d'imposer ici le régime type des hépatiques; les œufs, en particulier le jaune, la crème d'Isigny, le beurre, certains aliments gras sont utiles comme cholécystokinétiques. On ne les déconseillera que s'il y a intolérance digestive à leur égard. Contre la dislocation gastrique, on évitera les potages, le pain, les soupes, la pâtisserie, les liquides en trop grande quantité. On pourra combattre utilement la spasmodie intestinale par l'huile de paraffine, les mucilages, la belladone.

Sous l'effet de ce traitement : traitement de base — médications adjuvantes — régime, la bile B qui lors des premiers tubages ne s'écoulait pas ou s'écoulait en quantités infimes, reparaît puis augmente petit à petit, jusqu'à s'écouler en quantité tout à fait normale. C'est ainsi que l'on suit le retour progressif de la motricité vésiculaire. Peu à peu, d'ailleurs, la bile B va s'écouler moins noire, moins concentrée. Il ne faudra pas s'inquiéter si parfois les premiers tubages sont suivis d'une certaine fièvre et de douleurs œsophagiennes ou stomacales, car ultérieurement survient une détente manifeste. On voit peu à peu disparaître les migraines et les céphalées, revenir l'appétit. Les malades précédemment tristes et apathiques, deviennent gais et pleins d'entrain, l'anxiété diminue. Il faut savoir toutefois qu'il peut se produire des rechutes. Elles relèvent, comme précédemment, du tubage duodénal, que souvent d'ailleurs, comme on l'a dit, les malades viennent réclamer d'eux-mêmes. Quant au mécanisme intime d'action de

ces tubages, on ne peut que faire des hypothèses. Peut-être par ce moyen déclenche-t-on des séries de réflexes organovégétatifs favorables. Toujours est-il que l'action de ce traitement est vraiment étonnante. Quant à la chirurgie, nous tenons à citer textuellement ce qu'écrivent à ce sujet les auteurs : « La chirurgie n'a rien à faire ici. La cholécystectomie exposerait opérateur et opéré à mille ennuis par suite de la difficile adaptation de ces voies digestives nerveusement déficientes au nouvel état fonctionnel résultant d'une inutile exérèse vésiculaire ». Nous ferons remarquer toutefois que les auteurs n'envisagent ici, comme intervention, que la cholécystectomie et ne disent rien de la cholécystostomie qui, avec les techniques actuellement pratiquées, est une opération tout à fait simple et bénigne. Il ne semble pas qu'ils y aient eu recours. Néanmoins, même avec les résultats que l'on peut en attendre, nous croyons que, dans le cas de simple atonie de la paroi vésiculaire, cette intervention est tout à fait superflue et inutile, et qu'il est bien plus rationnel, dans ce cas, d'avoir recours au drainage médical des voies biliaires, qui suffit, la plupart du temps, dans ces cas, à amener la guérison.

3) INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES CAS DE BILE NOIRE PAR DYSFONCTIONNEMENT HÉPATOHUMORAL.

Nous avons vu que ces cas comprennent toute une série de faits résultants de l'association ou de la non association à la bile noire de facteurs lithiasiques ou

infectieux. L'on se rappelle que nous avons ainsi distingué quatre cas principaux où l'on pouvait rencontrer la bile noire « hépato humorale »

A) Les cas purs : les « hépato colitiques » de MM. Desplas et Jacques Dalsace, sans infection vésiculaire.

B) Les cas auxquels s'associe la lithiasé sans infection vésiculaire.

C) Les cas auxquels s'associe de la cholécystite chronique.

D) Les cas auxquels s'associent tout à la fois la lithiasé et l'infection vésiculaire.

Les indications thérapeutiques subissant des variations importantes suivant le cas envisagé, nous les reprendrons ici successivement.

A) Indications thérapeutiques dans les cas purs chez les « hépato colitiques ».

On se trouve, dans ce cas, en présence d'un trouble très complexe dont le mécanisme intime nous reste encore à peu près complètement ignoré. Tout se borne à des constatations; d'une part, il se trouve de la bile noire dans la vésicule, d'autre part, cette vésicule n'est ni distendue ni atonique et l'on est obligé d'admettre d'après les conditions expérimentales dans lesquelles ont été mis les observateurs par les interventions et par les suites de ces interventions, que la bile est sécrétée foncée, dès la sortie du foie et que le foie fabrique, par conséquent, une bile plus foncée que normalement. On se trouve donc en présence d'un

trouble de fonctionnement du foie qui se traduit par la bile noire. Il s'agit donc, tout à la fois, de drainer cette bile noire qui imprègne la glande hépatique et d'essayer d'agir sur le trouble même, encore ignoré, qui est à la base du dysfonctionnement hépatique. En ce qui concerne le drainage biliaire, qui est, comme on l'a vu dans les cas précédents, comme on le verra pour les cas suivants, l'indication majeure de la constatation d'une bile noire, doit-on, dans le cas présent, donner la préférence au drainage médical ou chirurgical, réalisé par la cholécystostomie ? On ne saurait, bien entendu, formuler ici de règle générale. La vésicule, avons-nous dit, n'est, dans les cas typés, ni distendue, ni atone. La tunique musculaire a conservé tout son pouvoir contractile, mais l'excrétion normale est insuffisante pour éliminer toute la bile noire formée par le foie. On peut chercher logiquement à stimuler sa contractilité par la méthode si précieuse de l'injection duodénale de sulfate de magnésie. Chaque fois donc que l'on pourra convaincre le malade, on devra tout d'abord avoir recours au tubage duodénal avec manœuvre de Meltzer-Lyon. Suivant une ligne de conduite semblable à celle proposée dans le paragraphe précédent pour la cholécystatonie, très souvent, par cette seule méthode, on assistera à des régressions tout à fait favorables des symptômes morbides. On aura toujours intérêt, bien entendu, à associer à cette thérapeutique, des médications cholagogues alternées et des désinfectants intestinaux pour lutter contre les troubles entérocolitiques, si fréquents,

comme nous l'avons vu, chez ces malades. Mais dans beaucoup d'autres cas, cette méthode se montrera non seulement insuffisante, mais même souvent impuissante à soulager les malades. Il semble alors que la bile noire soit sécrétée en quantité telle par le foie, qu'elle ne puisse être suffisamment évacuée par les tubages même longtemps prolongés. Les malades présentent un ensemble de troubles qui, envers et contre toutes les thérapeutiques médicales essayées jusqu'alors, persistent tenaces depuis de longs mois, parfois même des années. Parfois ces troubles, au début, ont bien réagi un peu au tubage qui soulageait pour quelque temps les malades, mais depuis quelque temps ils ne réagissent plus du tout et demeurent absolument permanents. C'est dans des cas de ce genre que la cholécystostomie peut apporter un énorme soulagement aux malades, et même les guérir souvent définitivement, et c'est dans ce cas que l'on a le droit et même le devoir de la leur proposer. D'ailleurs, nous ajouterons dès maintenant qu'il ne s'agit le plus souvent pas là seulement de porteurs de bile noire, mais, comme on a voulu le montrer à dessein par la désignation d'« hépato-colitiques », il s'agit de malades chez lesquels on a pu, par les examens cliniques et de spécialité, mettre en évidence des vices du fonctionnement intestinal plus ou moins intenses mais très fréquemment rencontrés : signes d'appendicite chronique, signes d'entéro-colite, signes de péricolite avec adhérences, de stase intestinale chronique par coudures, brides d'épiploïte adhésive et ce sont des malades qui, déjà à ce seul chef, relèvent

de la chirurgie, car ces troubles sont trop accentués chez eux pour qu'ils soient guérissables par le seul traitement médical. D'ailleurs dans un grand nombre des observations de MM. Desplas et Jacques Dalsace, M. Desplas, en même temps qu'il a pratiqué une cholécystostomie, a également procédé à la cure des lésions associées : appendicectomie quand l'appendice était nettement malade, résection de l'épiploon enflammé, section et libération des brides et des adhérences, redressement et fixation des coudures intestinales.

Quant à la cholécystostomie elle-même, longtemps sa technique est restée imprécise et imparfaite. Telle qu'on la pratiquait autrefois, elle laissait passer la bile autour de la sonde intravésiculaire; cette bile finissait par digérer, excorier et ulcérer les bords de la plaie et causait tous les ennuis. La cholécystostomie, telle qu'on la pratique actuellement, suivant la technique exposée par MM. Bernard Desplas et Jean Meillère dans un article de la Presse Médicale du 21 janvier 1931, cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer ou de Malécot n'offre plus aucun de ces inconvénients et permet le plus souvent une fermeture spontanée, rapide, de la fistule, dès que l'on a retiré la sonde. Nous ne reprendrons pas ici les détails de la technique que l'on trouvera parfaitement exposés dans l'article précité; il s'agit d'une cholécystostomie « continente, de dérivation, avec invagination de la muqueuse vésiculaire sur sonde de Pezzer ou de Malécot, et fermeture totale de la cavité péritonéale, sans aucun

drainage hépatique ». Ainsi pratiquée, cette intervention bénigne présente de grands avantages comme le soulignent les auteurs. Elle réalise une bouche continente qui évite la digestion de la paroi. Elle ne traumatise pas la région sous-hépatique. Elle évite les adhérences douloureuses. Dans les cas dont nous nous occupons ici, elle est la seule intervention rationnelle. La cholécystectomie en effet serait illogique à un double point de vue : d'abord, parce qu'elle supprimerait un organe qui est sain, qui a conservé toutes ses facultés de fonctionnement et qui est apte à rejouer tout son rôle dès le début de l'amélioration — en second lieu, parce que, ce n'est pas en enlevant la vésicule que l'on supprimera la cause du dysfonctionnement initial, puisque cette cause siège, non pas au niveau de la vésicule, mais bien plus haut, au niveau de la cellule hépatique ou même du milieu humoral. Comme le soulignent les auteurs, le rôle essentiel de cette intervention est un rôle de *dérivation biliaire*. Elle réalise un double drainage à la fois biliaire et hépatique; elle met au repos la cellule hépatique, la dérivation faisant cesser l'engorgement des voies biliaires intra-hépatiques.

Toujours est-il qu'à la suite de la cholécystostomie se produisent les symptômes flagrants d'amélioration que nous avons déjà notés. Nous avons montré l'aspect et les modifications successives de la bile qui s'écoule par la sonde de cholécystostomie. On sait que pendant un certain temps elle s'écoule en faible quantité, très épaisse et très foncée, la bile de nuit étant plus forte que celle de jour. Puis, peu à

peu, en même temps que la quantité de bile émise dans les 24 heures augmente, cette bile s'écoule de plus en plus claire, passant successivement par les teintes : marron foncé, marron clair, jaune foncé, jaune clair. A ce moment la sécrétion biliaire a repris son aspect normal. Il faut noter que parallèlement l'état des malades tant général que digestif et psychique s'améliore de façon évidente. Finalement ou bien la sonde tombe d'elle-même assez souvent, ou bien on l'enlève, ce qui est très facile, et alors on assiste à la fermeture progressive et généralement rapide de la petite fistule qui persiste. S'il arrivait d'ailleurs qu'elle ne se cicatrisât pas d'elle-même, sa fermeture chirurgicale reste extrêmement simple.

On voit que la cholécystostomie réglée suivant cette technique est une intervention très bénigne pouvant être pratiquée à l'anesthésie locale s'il en est besoin. Devant les bénéfices énormes qu'en retirent les malades, on ne devra pas hésiter à la conseiller aux sujets souffrant depuis fort longtemps, malgré de nombreux traitements essayés, lorsqu'on aura tout lieu de croire qu'il s'agit d'un cas de bile noire pur par dysfonctionnement hépato-humoral. L'on peut essayer tout d'abord les effets des tubages répétés, s'ils n'ont pas encore été tentés; mais si leur résultats ne se font pas rapidement sentir, le médecin ne devra pas hésiter à demander au chirurgien de pratiquer une cholécystostomie. Quant au moyen spécifique d'agir sur le trouble même qui est à la base du dysfonctionnement hépatique, nous ne le possédons pas encore dans l'état actuel de la science.

On aura toujours intérêt néanmoins à considérer ces malades comme des préolithiasiques et ces cas de bile noire hépato-humorale comme pouvant rentrer dans le cadre des états de préolithiasie biliaire. C'est dire que l'on devra en particulier les soumettre au régime qui a fait ses preuves dans ces cas. C'est encore là la meilleure façon de prévenir la lithiasie, comme c'est la meilleure façon de la combattre lorsqu'elle est établie et d'en prévoir le retour.

B) Indications thérapeutiques dans les cas de bile noire hépato-humorale avec lithiasie sans infection vésiculaire.

Nous n'aurons pas lieu de nous étendre très longuement sur ces cas après ce que nous avons dit de notre façon d'envisager la bile noire, la lithiasie biliaire et leurs rapports réciproques.

Supposons un cas schématique : Un malade est venu consulter pour des phénomènes douloureux de l'hypocondre droit. Il a pu présenter ou non des crises de coliques hépatiques. Toujours est-il que les phénomènes dont il se plaint sont essentiellement douloureux sans qu'il ait jamais remarqué bien grande élévation de température. On fait des radiographies avec et sans tétraiode, on voit une ou plusieurs ombres exactement superposées à l'ombre vésiculaire et l'on porte le diagnostic « Calculs de la vésicule ». On intervient. La vésicule n'a pas l'aspect inflammatoire; à sa ponction ou à son ouverture, il

s'écoule de la bile noire. Il y a effectivement des calculs dans la vésicule. On procède bien entendu à leur ablation. Doit-on alors terminer l'intervention par une cholécystectomie ou une cholécystostomie ? Après tout ce que nous avons dit du mode de pathogénie de la lithiase biliaire, auquel se rallient la plupart des auteurs, l'on comprendra que seule nous paraît indiquée, dans des cas tels que le précédent, la cholécystostomie. Le trouble à la suite duquel se sont constitués des calculs dans la vésicule, celui à la suite duquel l'on rencontre de la bile noire n'ont pas une origine vésiculaire. Ils sont plus haut situés. Ils trouvent leur origine dans le foie, au niveau de la cellule hépatique et sans doute aussi du fait d'un déséquilibre général des humeurs. Ce n'est pas en enlevant la vésicule que l'on supprimera ce trouble; celui-ci persistera après la cholécystectomie; la bile continuera à être noire¹; il pourra se fabriquer de nouveaux calculs et alors les interventions nécessitées par leur présence seront rendues extrêmement difficiles du fait de l'ablation préliminaire du réservoir vésiculaire.

Bien au contraire, terminer le nettoyage de la vésicule par une cholécystostomie, permettra à cette bile épaisse, contenant non seulement de nombreux calculins, mais même assez souvent de véritables petits calculs, de s'éliminer et en déchargeant d'autant les voies biliaires intro-hépatiques, cette façon de faire permettra à la cellule hépatique de retrouver son fonctionnement normal. Nous avons bien spéci-

(1) Voir l'observation n° 8 rapportée à la fin de cette thèse.
« *Bile noire chez un cholécystectomisé* ».

fié en effet que la vésicule n'était pas infectée. Sa paroi peut en effet être épaissie, sclérosée, rétractée par les calculs. Ce sont là modifications tissulaires dues à la simple présence de ces calculs. Elle n'est pas infectée, pas rouge, pas tuméfiée ni œdémateuse — pas inflammatoire en un mot. Qui plus est, très souvent, l'examen bactériologique postopératoire de la bile vésiculaire n'y décelera la présence d'aucun germe. Il s'agit donc d'une bile rigoureusement aseptique. D'ailleurs, même si cette bile contenait quelques microorganismes, surtout s'il s'agit du tellement banal *combacille*, cela ne constituerait aucunement d'argument en faveur de la cholécystectomie, mais bien au contraire à la suite d'une cholécystostomie on pourra voir une bile infectée redevenir aseptique, par extinction des foyers générateurs de microbes, du fait du large écoulement biliaire. Bien entendu, il s'agit, dans les cas précédents, d'un drainage vésiculaire longtemps prolongé. On devra prendre toutes précautions pour éviter que ne se reforment de nouveaux calculs. Si, par mésaventure, il survenait une infection des voies biliaires, on conserve avec la vésicule un moyen de drainage facile et sûr. D'ailleurs si une nécessité quelconque se montre par la suite d'enlever la vésicule, il reste toujours extrêmement facile de le faire. Notre attitude est donc ici tout à fait nette : dans des cas tels que ceux visés ici, il y a lieu de pratiquer une cholécystostomie, tout au moins temporaire comme premier temps d'une exérèse vésiculaire.

C) Indications thérapeutiques dans les cas de bile noire hépato-humorale avec cholécystite chronique.

Dans ces cas, notre attitude sera beaucoup moins tranchée que dans les précédents. Tout ici va dépendre, en effet du degré d'importance des lésions vésiculaires qui entraînera des sanctions différentes suivant les constatations opératoires que l'on fera. Il s'agit ici de malades soignés depuis longtemps médicalement. On leur a appliqué la cure diététique à laquelle on a associé la cure médicamenteuse, combinant les médicaments dits cholalogues et les médicaments antiseptiques des voies biliaires. Il y a toujours intérêt, tant diagnostique que thérapeutique à essayer chez ces malades le drainage médical des voies biliaires. Si les tubages ramènent une bile noire, épaisse et foncée, si l'amélioration tarde à se faire sentir l'on devra là encore proposer aux malades l'intervention chirurgicale. Celle-ci sera avant tout réglée par l'état des lésions. Toutes les fois que les parois vésiculaires sembleront peu altérées, qu'il n'y aura pas trop d'adhérences dans le carrefour sous-hépatique, on aura grand intérêt à pratiquer une simple cholécystostomie de drainage. On obtiendra souvent par cette méthode d'excellents résultats. La bile foncée s'écoulant tout à son aise, la vésicule étant véritablement « mise au repos », on assistera souvent à une régression progressive des symptômes pénibles pour le malade, en même temps que son humeur deviendra moins maussade. Cette intervention aura eu le grand avantage de conserver le ré-

servoir biliaire, organe d'une utilité physiologique incontestée, et d'éviter toute la série des troubles fonctionnels au développement desquels on assiste à la suite des cholécystectomies — et qui font que cette intervention devrait rester une opération d'exception, de « pis-aller » pourrait-on dire, réservée aux cas où l'organe est tellement atteint qu'on ne peut raisonnablement penser qu'il sera un jour en mesure de récupérer ses fonctions physiologiques. En application de cette manière de voir, nous dirons que la cholécystectomie pour cholécystite chronique ne sera indiquée que dans des cas bien déterminée : ou bien lorsque l'on trouve d'emblée à l'intervention des lésions vésiculaires étendues, semblant en évolution continue, ou des altérations telles de la vésicule qu'elle se trouve pratiquement inexistante au point de vue physiologique — ou bien lorsque, après mise en œuvre d'une cholécystostomie, l'amélioration ne se fait pas, que les symptômes douloureux persistent et que les signes du processus infectieux continuent à évoluer. La cholécystectomie pour cholécystite chronique simple est une opération qu'on ne devra pratiquer qu'à regret, en déplorant de supprimer définitivement un organe dont le rôle physiologique est tellement utile à l'heureux fonctionnement du tube digestif.

D) Indications thérapeutiques dans les cas de bile noire hépato-humorale avec lithiase et avec cholécystite.

Après ce que nous avons dit, dans les paragraphes précédents des associations isolées de ces processus à la bile noire, on conçoit que, lorsqu'ils lui sont associés simultanément, les indications thérapeutiques sont soumises aux mêmes considérations générales et dépendent donc entièrement des cas d'espèce. Tout est fonction de l'intensité du processus lithiasique, de l'importance des lésions cholécystiques. Néanmoins, après ce que nous avons dit de notre façon d'envisager la pathogénie de la lithiase biliaire, l'on comprendra que, chaque fois que cela sera possible, sans devoir entraîner pour le malade ni risques de généralisation d'infection, ni risques d'exagération ou même de simple continuation des phénomènes douloureux, nous estimons toujours préférable de pratiquer la cholécystostomie plutôt que la cholécystectomie. Pour ceux qui estiment que, dans ces cas, la lithiase biliaire est toujours la conséquence de l'infection vésiculaire, la cholécystectomie est évidemment une opération très logique, puisque, supprimant le foyer générateur des calculs, elle supprime toute possibilité de récidives. Là n'est pas notre façon de voir et nous considérons, qu'au moins dans un grand nombre de cas, cette façon de procéder ne peut constituer qu'une méthode palliative. Tant que l'on n'aura pas trouvé le mécanisme initial proprement dit de la lithiase biliaire et du même coup le moyen

de le combattre, ce n'est pas en enlevant des vésicules que l'on guérira complètement des lithiasiques. Il nous semble au contraire plus rationnel, étant donné la conception de « la lithiasie biliaire : maladie du foie et non maladie des voies biliaires », non pas de supprimer le diverticule de ces voies que constitue la vésicule, mais de chercher à obtenir un meilleur fonctionnement de celles-ci et surtout de la cellule hépatique. Il est évidemment toujours indiqué d'enlever les calculs qui, hormis toute migration possible, constituent, par leur seule présence, une cause permanente de douleurs et une menace constante d'infection. Mais, au lieu de terminer systématiquement l'intervention par l'ablation vésiculaire, nous estimons plus rationnel, toutes les fois où cette exérèse ne rencontrera pas d'indications majeures, de pratiquer une cholécystostomie qui, même si elle ne doit être que le premier temps d'une ectomie, sera cependant très utile en temps que drainage temporaire des voies biliaires.

On voit, en résumé, combien l'interprétation de ces cas de bile noire, qu'ils soient purs ou associés, soulève de multiples problèmes et reste toujours très délicate. Là, comme dans de nombreuses questions médicales, l'on ne peut donner de règles générales. C'est l'analyse soigneuse de chaque cas particulier, en rassemblant tous les arguments pour et contre, qui conduira à une interprétation et indiquera l'intervention adéquate.

4) INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LES CAS DE BILE NOIRE AU COURS D'UN ICTÈRE.

A) *Au cours des ictères hémolytiques.*

Ici la bile noire que l'on trouve dans la vésicule traduit directement le processus hémolytique par lequel est détruite une grande quantité de globules rouges. On ne peut plus parler ici du dysfonctionnement hépatique, car s'il existe un trouble tel que la bile sécrétée par le foie est très concentrée et très foncée, c'est que l'organisme trouve là un moyen de se débarrasser des pigments biliaires en excès qui se trouvent dans le sang et qui l'intoxiquent. Loin d'entrer en ligne au nombre des altérations causées par la maladie, on pourrait presque considérer qu'il s'agit là d'un véritable « moyen de défense ». Il ne s'agit donc pas ici de chercher à lutter contre ce trouble qui n'est qu'une des conséquences de la maladie, sans être pour rien dans son mécanisme générateur lui-même.

Il faut remonter plus haut pour atteindre la cause même de la maladie. C'est dire qu'on est ici en présence d'un cas où la bile noire passe tout à fait au second plan et où il s'agit, avant tout, de lutter contre le processus hémolytique.

L'observation rapportée plus haut de MM. Bérard et Mallet Guy est à ce point de vue tout à fait démonstrative puisqu'elle montre que l'intervention sur la vésicule légitimée pour l'extraction des calculs et terminée par une cholécystostomie, n'a pas amené d'amélioration et qu'il a fallu recourir à la splénectomie.

tomie pour enrayer le processus destructeur de globules rouges. C'est essentiellement contre lui que devra être dirigée la thérapeutique. Il s'agit alors de traiter un ictère hémolytique. S'il n'a pas révélé sa nature étiologique et qu'on ne puisse pas le traiter étiologiquement on pourra essayer d'abord le traitement symptomatique : essentiellement médication martiale sous forme de protoxalate de fer. Il est rare d'ailleurs que cette médication suffise à enrayer le processus, et c'est alors au traitement héroïque de l'ictère hémolytique, à la splénectomie que l'on s'adressera.

Il est intéressant de noter que dans l'observation précédente, l'ictère hémolytique qui avait produit cette sécrétion de bile noire, avait déterminé également la formation de calculs pigmentaires qui semblent bien en rapport direct avec cette bile hyperconcentrée en pigments; et bien entendu la splénectomie, en supprimant la cause de la bile foncée supprimait du même coup la possibilité du retour de la formation de calculs semblables. Nous n'insisterons pas plus sur ces cas puisqu'aussi bien ici la bile noire y a une formation très spéciale et très différente des cas précédents, n'est pourrait-on dire qu'un « épiphénomène » au cours de la maladie, et que le retour à la sécrétion de bile normale dépend uniquement des moyens dont on dispose pour lutter contre le processus hémolytique initial. Nous faisons néanmoins une place à ces cas, car ils peuvent s'accompagner, comme on l'a vu, de bile noire et entrent donc dans le cadre de cette thèse pour qu'elle soit

complète. Bien plus intéressants sont les cas d'ictères que nous allons envisager maintenant.

B) Au cours de certains ictères chroniques par obstacle sur les voies biliaires.

Dans ces ictères tels que ceux observés par MM. Brulé et Mocquot, — Fiessinger et Toupet, R. C. Monod — tels que le cas dont nous avons reproduit l'observation au paragraphe traitant de l'aspect clinique de ces ictères, il est de fait que la cholécystostomie que l'on a pratiquée, semble avoir favorisé et hâté beaucoup la guérison, sans que l'on puisse d'ailleurs expliquer de façon rigoureuse son mode d'action. L'on a vu que, dans ces cas, tout se passe comme s'il y avait un obstacle s'opposant au cours de la bile, sans que l'on puisse cependant, même à l'intervention chirurgicale, trouver aucune cause d'obstruction. De plus, on note, tout au moins par périodes au cours de l'évolution, des signes infectieux qui semblent correspondre à un véritable processus d'hépatite. La vésicule n'est souvent pas volumineuse : à la ponction, il s'en écoule une bile épaisse, foncée, visqueuse. On la draine, la bile coule foncée encore pendant un certain temps, puis finalement s'éclaircit en même temps que le transit biliaire normal se rétablit peu à peu.

Le diagnostic de ces ictères avant l'intervention est extrêmement difficile — en effet, au début, l'on a tendance à croire qu'il s'agit d'un simple ictère infectieux qui se prolonge, puis, devant la persistance

inaccoutumée de cet ictère, on tend à penser qu'il s'agit d'un ictère par rétention due à une oblitération ou compression quelconque des voies biliaires, et c'est alors qu'on décide l'intervention. Tout se passant cliniquement comme s'il y avait un obstacle, il est bien explicable qu'étant donné la grande fréquence des oblitérations calculeuses ou néoplasiques, ce soit d'abord à elles qu'on pense avant toute autre cause.

Au point de vue « indication thérapeutique » le problème se pose donc au moment même de l'intervention, alors qu'on n'a trouvé aucun obstacle au cours de la bile. Que doit-on faire alors ?

La cholécystectomie n'aurait aucune explication logique. Doit-on refermer purement et simplement ou faire une cholécystostomie ? *L'expérience montre que les rapporteurs se sont toujours trouvés bien de la mise en œuvre d'une cholécystostomie.* Comment expliquer son action ? Tous les hypothèses sont permises. Néanmoins, il semble que la plus vraisemblable soit la suivante : On se trouve pratiquement en présence d'un trouble fonctionnel des voies biliaires, tel, qu'étant parfaitement normales par ailleurs, elles sont néanmoins incapables de faire cheminer la bile jusqu'au duodénum. Il semble alors que la cholécystostomie permettant le libre écoulement de la bile, et mettant en quelque sorte le segment inférieur des voies biliaires au repos, leur permette de reprendre progressivement leur rôle et de revenir rapidement à un fonctionnement normal.

On a discuté encore récemment dans ces cas le

rôle possible d'un véritable spasme du sphincter d'Oddi. Bien qu'elle ne soit encore nullement démontrée, cette hypothèse mérite tout à fait d'entrer en considération. Elle expliquerait bien les symptômes de rétention biliaire, leur retour à la normale par la mise au repos. Il n'en reste pas moins vrai qu'on se trouve également en présence d'une véritable hépatite d'origine mal déterminée, qui semble guérir également à la faveur de la cholécystostomie. Quels sont les rapports de l'un et de l'autre de ces deux troubles ? Quel est celui qui précède l'autre ? Il est difficile de se prononcer. Tout ce que l'on peut dire, c'est que leurs manifestations cliniques sont parfois concomitantes et semblent présenter des variations simultanées. Ce qui est surtout intéressant c'est qu'au point de vue thérapeutique l'une et l'autre réagissent très favorablement à la cholécystostomie.

L'on voit combien l'analyse des aspects cliniques du syndrome de la bile noire nous a amenés à envisager d'affections très différentes, relevant de thérapeutiques également très différentes.

En résumé l'on concluera que, si dans un certain nombre de cas, la constatation d'une bile noire, en particulier de bile noire hépato humorale, doit entrer grandement en ligne de compte quand on envisage la thérapeutique, dans de nombreux cas, la constatation de bile noire n'est qu'un épiphénomène accessoire qui ne devra pas faire oublier la lésion initiale.

V. — CONSTATATIONS CHIMIQUES DANS LES BILES NOIRES

Nous n'avons nullement l'intention de faire un chapitre de haute chimie. Nous nous permettons de renvoyer le lecteur à l'excellente thèse du D^r Paul Borin où il a été examiné d'une façon tout à fait complète et d'un point de vue essentiellement chimique, parmi de nombreuses biles de cholécystostomies un certain nombre de biles noires¹. Nous ne ferons ici qu'en confronter les conclusions, en résumer les constatations générales, et que tenter d'en tirer certaines hypothèses.

L'analyse de ces biles noires a montré plusieurs variations intéressantes des composantes chimiques de la bile. Les variations de la cholestérine ne semblent répondre à aucune loi précise et on ne peut en tirer des résultats bien constants, mais il n'en est pas de même de celles des sels biliaires. En effet ces derniers qui, de suite après l'intervention, ont une concentration particulièrement basse présentent par la suite une augmentation nette et progressive.

Le rapport des sels biliaires à la cholestérine, abaissé dans les premières biles augmente par la suite. Comme il y a tout lieu de penser que cette mo-

(1) D^r Paul BORIN, Biles de cholécystostomies. Thèse de Paris, 1933.

dification, traduisant une amélioration du fonctionnement de la cellule hépatique, va de pair avec une modification parallèle favorable de la genèse des pigments biliaires telle que, très augmentés au début, ils diminuent progressivement par la suite jusqu'à arriver à une concentration normale, il est permis d'établir des rapports entre les deux phénomènes et c'est là, nous semble-t-il, la considération essentielle résultant de l'analyse chimique des biles noires.

Nous rappelons en quelques mots les bases des théories chimiques et humorales de la lithiase biliaire. Un fait, depuis longtemps admis par la majorité des auteurs, en constitue le point de départ : C'est l'augmentation quasi constante du taux de la cholestérine sanguine chez les lithiasiques, marchant de pair avec une augmentation de la cholestérine vésiculaire. Or, si l'on adopte les théories de Grigaut, la cellule hépatique a le rôle essentiel de fabriquer le noyau chimique des acides biliaires en transformant une partie de la cholestérine sanguine. Si bien que, selon cette théorie, l'hypercholestérinémie des hépatiques doit avoir pour corollaire une diminution des sels biliaires dans l'organisme. En résumé, pour lui, le mécanisme de production de la lithiase biliaire serait le suivant : il y aurait d'abord « hypogénèse des sels biliaires qui sont les principaux agents de solubilisation de la cholestérine dans la bile puis rétention cholestérinique dans le sérum, hypercholestérinémie biliaire et tendance à la précipitation de cette cholestérine en excès ». D'autre part, il résulte, comme nous l'avons dit plus haut, des examens de bile noire, qu'à l'hypogénèse

des sels biliaires semble répondre dans un certain nombre de cas, l'hyperconcentration des pigments biliaires traduite par la présence de bile noire. Ces faits autorisent à admettre que la production de bile noire s'accompagne fréquemment de diminution de la production des sels biliaires et comme nous venons de dire que cette diminution des sels biliaires semblait être le facteur initial dans le déterminisme de la lithiase biliaire, la production de bile noire pourrait alors être considérée comme un avertissement avant-coureur de la lithiase et pourrait, à juste titre, rentrer dans le cadre déjà créé des états préolithiasiques.

On voit, si, cette conception se vérifie, quel intérêt considérable prendrait alors la constatation de la bile noire. Recherchée chaque fois qu'on a des raisons de la soupçonner, combattue, dès qu'on l'a mise en évidence, par les mesures adéquates et essentiellement un régime sévère antilithiasique, la bile noire, qui serait ainsi un véritable signe d'alarme, serait aussi un témoin permettant d'enrayer un processus lithiasique commençant et d'empêcher peut-être la formation de calculs auxquels on ne peut plus appliquer qu'un traitement chirurgical.

Toujours est-il qu'en ce qui concerne la production même de la lithiase biliaire le facteur initial de sa production, nous adoptons intégralement l'opinion des auteurs qui font de celle-ci un trouble chimique et humoral. Reprenant les propres mots de MM. Garnier et Prieur dans le Nouveau Traité de Médecine nous considérons que le « primum movens du trouble qui conditionne la lithiase biliaire réside dans la

cellule hépatique ». Celle-ci excrète en effet la cholestérine dans des conditions ne permettant pas le maintien du lipoïde en solution colloïdale. Il semble que celle-ci se trouve en un véritable état d'instabilité colloïdale qui semble tenir à l'insuffisance sécrétion des sels biliaires, phénomène qui, comme on vient de le voir, coïncide très souvent avec la présence d'une bile noire. On peut, à juste titre, considérer ce trouble comme une forme spéciale du cadre assez mal précisé encore de l'insuffisance hépatique bien que nous ne puissions parler, d'après ce que nous constatons, d'autre chose que d'un dysfonctionnement de la cellule hépatique. Tel est l'intérêt primordial de ces formes de biles noires hépato humorales sur lesquelles nous avons longuement insisté dans cette thèse.

Au second plan, nous signalerons les variations observées entre les biles de jour et celles de nuit. Les biles de nuit sont plus pigmentées en général que les biles de jour. On y trouve également des sels biliaires en plus grande abondance. Au point de vue du volume les biles de nuit, au bout de quelque temps, deviennent régulièrement plus abondantes que les biles de jour. Dans l'ensemble donc, comme on le lit dans les conclusions de la thèse du Dr Borin, « les biles de nuit s'opposent presque constamment aux biles de jour. Elles sont plus abondantes, plus riches en pigments et en sels biliaires et ont un rapport de cholalocholestérinique plus élevé. L'activité de la cellule hépatique semble donc chez nos malades plus marquée la nuit que le jour ».

D'autre part, nous croyons intéressant de signaler

ici une autre constatation extrêmement intéressante résultant de l'examen des biles de cholécystostomies en particulier d'ailleurs des biles noires. C'est qu'on ne trouve aucune différence de comportement entre les biles provenant des cholécystites non lithiasiques et celles provenant des cholécystites lithiasiques et que, en reprenant encore les conclusions de la thèse du Dr Borin « il semble exister à la base de ces deux affections un facteur hépatique ou humoral dont le trouble local n'est que l'extériorisation ».

On voit l'intérêt considérable que prend l'examen chimique des biles noires. Il est à souhaiter que les recherches se poursuivant nombreuses dans le sens où on les a commencées, pour permettre d'aboutir à des conclusions mieux fondées du mécanisme de leur production, permettant de leur appliquer une thérapeutique encore mieux adaptée.

VI. — ESSAI SUR LA PATHOGENIE DES BILES NOIRES

On a discuté pendant longtemps sur la pathogénie des biles noires, certains auteurs cherchant à démontrer qu'elles étaient presque toujours d'origine vésiculaire, d'autres tendant à mettre en évidence qu'elles étaient presque toujours d'origine hépatique. Les auteurs tout en restant sur leurs positions, se faisaient d'ailleurs des concessions réciproques. C'est ainsi que M. Chiray et ses élèves, partisans de la théorie vésiculaire, distinguaient cependant aux biles foncées et noires, cinq mécanismes différents de production¹.

1° la bile foncée physiologique d'origine vésiculaire.

2° la bile foncée physiologique d'origine hépatique.

3° la bile noire pathologique d'origine vésiculaire.

4° la bile noire pathologique d'origine canaliculaire.

5° la bile noire pathologique d'origine hépatique, mais ils accordent très peu d'importance à la dernière de ces biles.

Les autres, partisans de la théorie hépatique, représentés par MM. Desplas et Jacques Dalsace, avaient alors tendance à considérer que la bile noire d'origine vésiculaire était rare et que le plus souvent,

(1) CHIRAY, PAVEL et AMY, Les biles noires, leur signification pathologique. P. M. 4 juillet 1931.

cette bile était la production directe de la cellule hépatique.

Mais la recherche systématique par tubage de bile noire a permis l'observation d'un nombre de malades porteurs de cette bile de plus en plus grand. Ces recherches ont mis en particulier en évidence la grande fréquence de la bile noire chez toute une catégorie de malades atoniques ptosiques chez lesquels le système musculaire lisse se montre déficient et qui rentrent exactement dans l'ensemble décrit par M. le Professeur Lœper en 1929 sous le nom de « léiasthénie »¹. On rencontre d'ailleurs très fréquemment chez ces malades le syndrome psychique inhérent à la bile noire. Ces faits permettent donc à certains auteurs tels que M. Jacques Dalsace de penser que la bile noire, loin d'être la manifestation d'un dysfonctionnement isolé d'un organe déterminé, fait bien plutôt partie de tout un ensemble morbide, véritable état constitutionnel de certains sujets qui pourrait ainsi conditionner plusieurs manifestations symptomatiques : d'une part, une bile noire hépato humorale telle que nous l'avons envisagée à la clinique; d'autre part, cet état particulier de « léiasthénie » et d'autre part encore, une cholécystatonie. Ce qui fait que, loin de s'opposer, la cholécystatonie et la présence d'une bile noire hépato-humorale seraient en fait très souvent associées, comme dépendant d'un même état général morbide. Cet état de « léiasthénie » a d'ailleurs frappé depuis longtemps déjà un grand nombre d'auteurs et a été décrit sous différentes ap-

(1) LOEPER et BAUMANN, La léiasthénie. P. M. 7 septembre 1929.

pellations suivant que l'on attache plus d'importance à l'un de ses traits particuliers. C'est ce même état appelé « habitus asthénicus » par certains, dont M. le Professeur Abrami a parlé sous le nom de maladie orthostatique dans la thèse de son élève R Parlier que M. Dumas a individualisé sous le nom d'hypotension artérielle permanente. On ne sera nullement étonné de lui voir associé fréquemment une cholécystatonie puisqu'il s'agit essentiellement d'une déficience générale de tout le système musculaire lisse.

Toujours est-il que, quelle que soit la pathogénie qu'on accorde à la bile noire, quelle que soit l'importance pronostique qu'on lui reconnaisse, on devra toujours chercher à la combattre énergiquement par les moyens envisagés; on se trouvera de plus en général fort bien d'y associer les méthodes de traitement préconisées contre cette « léïasthénie », méthodes qui visent la nutrition et l'excitation élective des fibres lisses : un régime riche en protéïdes, la strychnine par doses fractionnées et certains médicaments à action tout particulièrement léiotonique préconisés par M. le P^r Lœper, l'uzara et surtout l'hypophyse.

Bref, le chapitre de la bile noire n'est pas un chapitre nouveau et les auteurs qui s'y sont intéressés n'ont pas la prétention d'en faire une maladie autonome mais c'est un symptôme de constatation encore récente, qui vient s'incorporer à toute une série d'affections déjà connues, qui, dans certains cas, apporte au tableau clinique un élément dont on devra toujours tenir compte qui, dans d'autres cas, semble bien faire partie intégrante d'un ensemble morbide depuis longtemps déjà reconnu.

CONCLUSIONS

1) Il résulte d'un certain nombre d'observations cliniques, complétées par la radiologie et les examens de spécialité, de malades, opérés ou non, qu'on peut individualiser un « syndrome de la bile noire ».

Il se caractérise essentiellement par deux ordres de troubles :

- des troubles digestifs;
- des troubles psychiques,

ces derniers étant particulièrement caractéristiques de la présence de bile noire (dont le fait chimique essentiel est l'hyperconcentration de la bile en pigments biliaires).

2) Le syndrome se retrouve dans un grand nombre d'affections hépato-vésiculaires — mécaniques, infectieuses, humorales, déjà connues et classées. La présence du syndrome qui y prend plus ou moins d'importance, peut toujours y être décélée par ses éléments essentiels et en particulier les troubles psychiques.

3) On aura parfois l'attention attirée tout d'abord par les éléments du syndrome et l'on devra alors préciser à quelle variété clinique on a affaire. Nous nous sommes efforcés de montrer en effet qu'il existe des

pathogénies diverses à la bile noire et que chacune d'elles commande un traitement différent.

4) La thérapeutique comporte deux directives :

— d'une part, le traitement de l'affection causale, chaque fois que l'on a pu déterminer une étiologie précise,

— d'autre part, essentiellement un drainage biliaire :

— tantôt médical,

— tantôt chirurgical.

5) Il résulte des observations cliniques et des examens de bile, que l'on n'a pas affaire à des manifestations différentes par leur essence chez les « hépatocolitiques » dans les cholécystites non lithiasiques et dans les cholécystites lithiasiques mais qu'il existe à la base de ces manifestations un même facteur hépatique ou humoral dont le trouble local n'est que l'extériorisation.

6) Il résulte de l'analyse des faits cliniques qu'il existe des mécanismes de production différents à la bile noire et que, si parfois elle peut relever d'une affection purement vésiculaire, d'autres fois elle n'est que le reflet d'un trouble plus complexe trouvant son origine dans une perturbation, soit de la cellule hépatique, soit du milieu humoral, soit encore à la fois de l'un et de l'autre.

OBSERVATIONS

BILE NOIRE CHEZ UN CHOLÉCYSTECTOMISÉ.

Nous rapportons tout à fait à part et avant les autres observations qui rentrent dans des cadres bien individualisés une observation particulièrement intéressante de bile noire chez un cholécystectomisé.

OBSERVATION N° 8.

(Observation obligeamment communiquée par le D^r DALSACE d'un malade de sa clientèle privée).

M. N... a été opéré sur le diagnostic de cholécystite calculieuse vers 1923 par le Professeur GOSSET qui a pratiqué une cholécystectomie. A la suite de cette intervention, les symptômes morbides loin de s'amender s'accroissent. Il ressent une forte gêne et un grand malaise dans le flanc droit. Par ailleurs son caractère est nettement hypochondriaque : il passe son temps à analyser ses troubles et prend parfois des positions spéciales qui, à ses dires, le soulagent. Il est habituellement constipé. Il traverse des périodes de dépression particulièrement pénibles. C'est au cours de l'une de ces périodes que l'on a pratiqué le 1^{er} tubage le 21 décembre 1932 : il a ramené une bile verte assez foncée. Le malade à sa suite s'est senti soulagé (à noter que l'on a décelé dans le liquide de tubage la présence de lamblia). Devant une reprise des symptômes on a pratiqué un 2^e tubage le 15 novembre 1933 : il a ramené une bile jaune sauterne.

3^e tubage le 22 novembre 1933 : après instillation de SO_4Mg : bile bien plus foncée, presque noire.

4^e tubage le 20 décembre 1933 : bile vert émeraude, ne subissant pas de modification après So_4Mg .

Les tubages étant le seul traitement soulageant le malade

dans les périodes de reprise de son affection, ont été renouvelés un certain nombre de fois et ont ramené souvent de la bile noire.

Au début de 1934 le malade se trouvait beaucoup mieux. Cette observation qui plaide tout en faveur de l'origine hépatique de la bile noire dans certains cas est très démonstrative.

BILE NOIRE PAR OBSTACLE MÉCANIQUE SUR LES VOIES D'EXCRÉTION.

OBSERVATION N° 9.

(Observation recueillie dans le service de notre Maître le D^r Bernard DESPLAS à la Maison de Santé des Gardiens de la Paix).

Néoplasme du pancréas chez un homme de 38 ans.

M. A... Paul, âgé de 38 ans, est entré à la Maison des Gardiens de la Paix le 30 septembre 1933, envoyé par un médecin avec le diagnostic de cholécystite calculeuse.

Dans ses antécédents, on ne note rien de spécial hormis en 1925, à la suite de la perte successive de deux enfants en bas âge, une période de grande fatigue et de dépression. Radiographie : un sommet pulmonaire légèrement voilé. Séjour de 7 mois à la campagne à la suite duquel il s'est senti bien rétabli. Son père est mort à 55 ans de grippe espagnole; sa mère est bien portante. Il est marié et sa femme est bien portante. Parmi les 5 enfants qu'il a eus, 2 sont morts en bas âge de méningite (?) Les 3 autres sont vivants et bien portants.

Le début des accidents à la suite desquels il entre à la Maison des Gardiens de la Paix remonte au 15 août 1933, date à laquelle le malade a présenté une crise douloureuse à type de colique hépatique. Début brusque, douleur dans la région sous-hépatique, irradiations transversales, lombaires et dorsales. Légères nausées. Quelques vomissements, troubles digestifs, état saburral, anorexie, constipation. Le lendemain : léger subictère des conjonctives, urines foncées; le 3^e jour : ictère net; conjonctives franchement jaunes, urines très foncées, matières décolorées, l'ictère a duré ainsi une dizaine

de jours présentant des alternatives d'accentuation et de régression. Au total le malade s'est arrêté un mois environ. Il a repris son service vers le 22 septembre 1933. Mais les accidents ont recommencé presque aussitôt et c'est alors qu'il est admis à la Maison de Santé.

A l'examen le 1^{er} octobre 1933 on se trouve en présence d'un malade présentant une teinte jaune des conjonctives et des muqueuses, nettement amaigri (on apprend que le malade qui pesait normalement environ 75 kgs n'en pèse plus que 63) ses urines sont foncées, on y a décelé la présence d'urobiline et de sels biliaires. La région sous-hépatique est douloureuse avec de la défense musculaire à ce niveau. La langue est très saburrale. Le malade, anorexique, est très constipé. L'examen des autres appareils est négatif.

5 octobre : l'ictère se montre avec des alternatives de coloration en plus ou en moins et des douleurs augmentant quand l'ictère s'accroît.

8 octobre : l'ictère a presque disparu.

Une radiographie montre dans la région vésiculaire une image de calcul latéro-vertébrale droite correspondant à la 2^e costale lombaire. On décide d'intervenir.

Intervention le 14 octobre 1933 (D^r DESPLAS. Aide : D^r LUBIN). Anesthésie à l'éther. Incision verticale sous-costale droite; vésicule rouge, augmentée de volume, avec péricholécystite sur sa face inférieure. On perçoit une masse rétro-péritonéale pancréatique extrêmement importante, très dure, bosselée avec des ganglions suivant le pédicule hépatique, fixant l'angle des 1^{re} et 2^e portions du duodénum. On ne découvre pas de calcul. On se contente de faire une cholécystostomie continente sur sonde de Pezzer (procédé de M. DESPLAS et MEILLÈRE).

A la suite de cette intervention la bile s'est écoulée très foncée par la sonde. Puis elle s'est éclaircie peu à peu mais pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1933 elle est redevenue foncée à plusieurs reprises et une fois en particulier on a pu caractériser nettement qu'elle est devenue plus foncée à la suite d'un ennui de famille éprouvé par le malade. Dans ces périodes de bile noire l'état mental du malade présentait tous les caractères que nous avons reconnus au psychisme de la bile noire.

On a pratiqué de nouvelles radiographies après injection lipiodolée par la sonde. Elles ont toutes montré tout un seg-

ment du cholédoque très rétréci au niveau de la traversée pancréatique.

Devant la persistance des phénomènes en particulier des douleurs;

Nouvelle intervention le 10 janvier 1934, D^r DESPLAS : il n'y a plus de doute possible, il s'agit bien d'un cancer de la tête du pancréas et on fait une cholécystogastrostomie palliative.

Le malade de plus en plus amaigri est reparti chez lui.

BILES NOIRES HÉPATO-HUMORALES AVEC MANIFESTATIONS ANGIOCHOLÉCYSTIQUES.

1) Cas pur rentrant dans le cadre de ce que nous avons appelé les « hépato-colitiques » de MM. Desplas et Jacques Dalsace.

OBSERVATION N° 10.

(Observation obligeamment communiquée par notre Maître le D^r DALSACE).

M. H..., âgé de 28 ans est entré à la Pitié vers le mois de février 1929 pour appendicite chronique.

Depuis des années, il présentait des migraines, de l'urticaire, une grande fatigabilité; son intestin fonctionnait inégalement et il présentait constamment un teint subictérique (a eu un ictère franc en 1926).

L'examen clinique préopératoire a montré un ensemble de symptômes : signes d'appendicite chronique, de stase cœco-colique avec gargouillement, ictère, douleur au point vésiculaire, par ailleurs, fatigue profonde, céphalée, dépression et neurasthénie. Ces symptômes ont permis de penser avant l'opération, même sans tubage duodénal, qu'il devait s'agir d'une bile noire.

Intervention le 1^{er} mars 1929 (D^r DESPLAS). Anesthésie à l'éther. Incision verticale. L'intervention montre :

— un confluent appendiculaire sclérosé enflammé dur. Appendicectomie, enfouissement.

— une grosse distension cœco-colique avec péricolite latéro-postérieure et membrane inflammatoire, plicature de l'appendice à angle droit, dilatation des vaisseaux.

— épiploon à grosses veines distendues.

— grosse vésicule qui se vide mal, péricholécystite inférieure importante avec distension du cystique par torsion, *bile noire*, cholécystostomie musculaire sur sonde.

Les suites opératoires ont été bonnes, l'élévation de la température n'a pas dépassé 38 et elle est très vite revenue à la normale.

Nous résumerons seulement l'examen anatomo-pathologique de l'appendice pratiqué par le D^r Germaine CHEVILLON : Appendice court et étroit, lumière très réduite, oblitérée à la partie moyenne. Au microscope : 1) A la partie moyenne : oblitération de la lumière appendiculaire et transformation fibreuse de toutes les couches. On ne trouve que du tissu conjonctif très dense; 2) A la pointe : la lumière persiste remplie de mucopus, épithélium très altéré. *Appendicite chronique oblitérante avec lésions inflammatoires de la pointe.*

Examen bactériologique de la bile : (Le D^r Germaine CHEVILLON) :

1) Examen direct : Bleu et Gram : pas d'éléments microbiens;

2) Ensemencement sur gélose lactosée, bouillon, gélose Veillon : Après 48 h. aucune colonie microbienne sur aucun des 3 milieux : *Bile aseptique.*

La fistule vésiculaire est maintenue par une sonde de Malécot. L'écoulement de jour : bile claire et peu abondante. de nuit : bile sombre et abondante. Peu à peu le malade présente un engraissement notable. Il a moins de céphalées; son teint se recoloré.

Cure à Châtel-Guyon du 28 juillet au 15 août : durant cette cure, dans l'ensemble, en même temps que la sécrétion des 24 h augmente, la bile se clarifie progressivement. A la suite de cette cure, engraissement de 3 kgs 1/2. Le malade présente une physionomie bien pleine, rose, il n'a plus son teint cholémique.

On enlève le drain après la cure à Châtel le 16 août. La bile s'écoule toujours.

Le 6 septembre 1929 à l'anesthésie régionale on ferme la fistule. On circonscrit l'orifice muqueux auquel adhère la

paroi vésiculaire. On enfouit cet orifice par deux points de suture. On ferme la paroi : le péritoine n'a pas été ouvert.

Le malade a été revu en janvier 1934, l'état s'est maintenu complètement transformé, grosse activité physique et intellectuelle. Disparition du subictère, des migraines, de l'urticaire et des périodes de dépression.

2) Bile noire dans un cas de lithiase biliaire sans infection vésiculaire.

OBSERVATION N° 11.

(Observation obligeamment communiquée par notre Maître le D^r DALSACE).

Mme K..., entre à la Pitié le 15 octobre 1930. On porte le diagnostic de cholécystite calculuse chez une jeune femme ayant eu plusieurs grossesses. Elle a présenté une série de crises subintrantes. Cliniquement : grosse vésicule perceptible.

Intervention le 21 octobre 1930 (D^r DESPLAS). Elle montre une vésicule augmentée de volume et tendue. A la ponction il s'en écoule un liquide blanchâtre mucoïde tel que celui qu'on a appelé bile blanche. On trouve dans la vésicule 5 gros calculs à facettes que l'on extrait. La voie biliaire principale est intacte. Il ne s'écoule pas de bile par le cystique. On met une sonde dans le col de la vésicule.

Dès le lendemain de l'intervention il s'écoule par la sonde de la *bile noire*. L'examen bactériologique n'y révèle la présence d'*aucun germe*.

La sonde s'élimine spontanément le 10 novembre 30.

La malade sort le 22 novembre 1930.

Elle a été revue le 4 février 1931 en excellent état.

3) Bile noire dans un cas de cholécystite non lithiasique.

OBSERVATION N° 12.

(Observation obligeamment communiquée par notre Maître le D^r DALSACE).

Mme Q... est hospitalisée à la Pitié en juin 1929. Elle pré-

sente une histoire clinique complexe. Depuis longtemps elle présente des lourdeurs pendant les digestions, des somnolences, des douleurs intermittentes dans le flanc droit, un teint jaune; de plus, accès de tristesse, de colère, idéation lente et difficile. Bref on porte le diagnostic de cholécystite chronique à crises successives avec des antécédents coliques et appendiculaires. En présence des troubles psychiques, on a pensé à la bile noire.

Intervention le 25 juin 1929 (D^r DESPLAS). Péricolite droite. Appendice enflammé. Appendicectomie. Vésicule tendue dure. A la ponction : bile marron foncée. Cholécystostomie à la peau.

La bile qui a coulé noire les premiers jours, est passée successivement ensuite par des alternatives de jaune clair et de jaune foncé.

La malade est sortie le 8 août 1929.

Elle a été revue le 2 octobre 1929 date à laquelle on enlève la sonde vésiculaire. La malade a engraisé. Elle ne souffre plus. Son caractère devient plus facile. Elle est moins triste et moins irritable.

Le 9 octobre la fistule a déjà diminué d'étendue.

Par la suite elle s'est fermée complètement.

L'examen bactériologique de la bile a montré la présence de très nombreux colibacilles en culture presque pure.

L'histoire de cette malade réalise le type de la cholécystite non lithiasique avec bile noire.

4) Bile noire dans un cas de cholécystite, accompagnée de lithiase cholédocienne.

OBSERVATION N° 13.

(Observation obligeamment communiquée par notre maître le D^r DALSACE).

Mme S..., entre à la Pitié le 15 mars 1930.

Elle présente une histoire à peu près typique de lithiase biliaire, à localisation cholédocienne. Actuellement elle présente des crises subintrantes et se trouve dans un véritable état de mal sans élévation de la température.

Intervention le 18 mars 1930 (D^r DESPLAS). On trouve une grosse vésicule enflammée pleine de bile. La ponction de la

vésicule ramène une bile noire avec un peu de pus. Pas de calculs intravésiculaires. Le cholédoque est dilaté : dans son segment pancréatique on trouve 2 calculs mobiles qu'on extrait. Après il vient de la boue biliaire. On laisse : un drain dans la vésicule, un drain dans le cholédoque.

Le diagnostic opératoire confirme donc qu'il s'agit d'une lithiase cholédocienne sans lithiase vésiculaire.

L'examen bactériologique de la bile montre la présence de colibacilles. La bile s'écoule d'abord *noire* puis jaune foncé et devient peu à peu jaune claire.

On enlève le drain le 7 avril 1930.

La malade sort tout à fait soulagée le 11 avril 1930 avec un moral excellent.

vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Le Président de la thèse,

LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT (Guy). — Hépatites et cirrhoses. Thèse de Paris, 1931.
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie. Paris, Masson, 1932.
- BÉRARD, SAVY et MALLET-GUY. — Du mécanisme de la douleur dans les syndromes vésiculaires pseudo-lithiasiques : vésicules de stase et vésicules intolérantes. *Revue de Méd. et Chir. des Mal. du Foie*, 1928, III, 13, 38.
- BERGERET et DUMONT. — La préolithiase biliaire. *P. M.*, 17 déc. 1930, p. 1737.
- BRULÉ. — Recherches récentes sur les ictères. Les rétentions biliaires par insuffisance hépatique. Paris, Masson, 1920.
- Quelques difficultés du diagnostic des calculs du cholédoque. *La Médecine*, 1924, p. 779.
- CAROLI (P.). — Les hépatites ictérigènes de la lithiase. Thèse de Paris, 1931.
- CHABROL. — Les ictères. Paris, Masson, 1932.
- CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. — Le tubage duodénal dans les ictères et les cirrhoses du foie. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Séance du 15 décembre 1922, p. 1710.
- CHABROL et MAXIMIN. — L'action inhibitrice du sulfate de magnésie dans la sécrétion hépatique de la bile. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.* 7 déc. 1928, t. III, n° 34, p. 1693.
- CHARCOT et GOMBAULT. — Note sur les altérations du foie, consécutives à la ligature du canal cholédoque. *Archives de physiologie normale et pathologie*, t. IV, 1876, p. 272.
- CHIRAY et I. PAVEL. — La contractibilité de la vésicule biliaire. *Journal de physiologie générale*, 1925, fascicule 3.
- CHIRAY, PAVEL et MILOCHEVITCH. — La cholécystatonie. *P. M.* de 1925, n° 73.
- CHIRAY et F. TRIBOULET. — Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux qui guérissent par le drainage médical biliaire. *P. M.* du 4 mars 1925, p. 313.

- CHIRAY, I. PAVEL et P. AMY. — La question des biles noires. P. M. 4 juillet 1931, p. 988-990.
- CHIRAY, MILOCHEVITCH et PETROVITCH. — Dosage et variations de la bilirubine dans le suc duodénal prélevé par tubage. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 4 juillet 1924, t. XLVIII, n° 24.
- COTTE (G.). — Sur la cholécystogastrostomie dans le traitement des angiocholécystites chroniques non calculeuses. Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, t. LI, n° 14, 2 mai 1925, p. 472.
- DESPLAS (B.) et Jacques DALSACE. — Les biles noires. P. M. 12 juillet 1930.
- DESPLAS (B.) et MEILLÈRE. — Cholécystostomies de dérivation (Technique et indications). P. M. 21 janvier 1931, p. 91.
- DESPLAS (B.) et Jacques DALSACE. — Bile noire et lithiasé biliaire. P. M. n° 8 du 6 avril 1932.
- DALSACE (Jacques). — Les biles noires. Le Progrès Médical, 15 octobre 1932.
- ENRIQUEZ, LAFFITTE, LAUBRY, Clovis VINCENT. — Traité de Pathologie Médicale, tome II, fascicule 1.
- EPPINGER. — Die Mils als Stoffwechselorgan Bericht über die 18. Tagung der deutschen pathologischen Gesellschaft in Iena vom 12-14 April 1921 (Zentrallblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, t. XXXI, 1920-21, p. 554-555).
- FIESSINGER (Noël) et TOUPET. — Ictère de 4 mois par hépatite aiguë sans lésions des voies biliaires. Cholécystostomie. Guérison. Soc. Méd. des Hôp. 30 nov. 1928, p. 1654.
- GILBERT et LEREBoullet. — Note sur la psychologie des cholémiques, neurasthénie biliaire. Origine biliaire de la mélancolie. Soc. Méd. des Hôp., 31 juillet 1903.
- GILBERT, LEREBoullet et HERSCHER. — Les 3 cholémies congénitales. Soc. Méd. des Hôp., 15 novembre 1907.
- GRAHAM COLE COPHER et MOORE. — Diseases of the gallbladder and bile ducts : habitus asthenicus. Lea et Febiger, Philadelphie, 1928.
- JONES. — Archives of internal medicine (Chicago, 15 mai 1922).
- LATREILLE (J.). — Les vésicules avec stase biliaire. Essai pathogénique et thérapeutique. Thèse de Lyon, 1927.
- LEROUdIER. — Documents pour l'étude fonctionnelle des cholécystostomies. Thèse de Lyon, 1928.

- LOEPER et BAUMANN. — La biasthénie. P. M. 7 septembre 1929.
- LUBIN (Pierre). — Anastomoses bilio-digestives. Thèse de Paris, 1926.
- MADINAVEITIA (M.) et P. DE LA BARREDA. — Bile noire associée à des calculs vésiculaires. *Progresos de la Clinica* 40 : 330-333, juin 1932.
- MORSA (G.). — Stati melancolici e bile nera (*Gazz d'osp.* 51 : 1201-1213, sept. 21, 1930).
- MONOD (Raoul-Charles). — Traitement de l'ictère chronique par la cholécystostomie, etc. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie* 55 : 533-541, 17 avril 1929.
- NANU-MUSCEL (I.) et I. PAVEL. — Le spasme du sphincter d'Oddi cause de certains ictères prolongés. P. M. n° 75 de 1930.
- OCKINCZYC et PARTURIER. — De l'ictère franc à la bile blanche. P. M. 24 août 1932.
- PARTURIER (G.). — Séméiologie biliaire. Paris, Doin, 1926.
- Conférence d'hépatologie. Les grands syndromes. Paris Vigot, 1929.
- Traitement des syndromes hépato-biliaires. Paris, Vigot, 1931.
- Problèmes sous-hépatiques. Paris, Doin, 1931.
- PAVEL (I.). — La cholécystatonie. Individualité clinique et anatomique de l'atonie de la vésicule biliaire. *Acta Medica latina*. Sept.-oct. 1930, fasc. 17, p. 374.
- Ictère par obstacle fonctionnel dû au spasme du sphincter d'Oddi avec examen anatomique. P. M. n° 40, 24 déc. 1932.
- PAVEL et RADVAN. — Contribution à l'étude expérimentale de la sécrétion biliaire. *Spitalul*, février 1930.
- PAVEL, MILCOU et RADVAN. — Action de la morphine sur la sécrétion hépatique. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1929, t. VIII, p. 913.
- ROGER, WIDAL-TEISSIER. — Traité de pathologie médicale. Tome X. Foie-Voies biliaires.
- ROGER (G. H.), BINET, etc. — Traité de physiologie normale et pathologique, tome III. Fonctions hépatiques, Masson, 1931.
- ROVSING. — Pathogénie des calculs biliaires et indications opératoires. Traduction du D^r Saint-Cène, Masson, 1925.

ROUX et MAC MASTER.

- a) Vicious activity of the gallbladder during biliary stasis.
- b) The determining factor in the causation of the white stasis bile. Proceedings of the Society for experimental biology and medicine, t. XVIII, 1920, p. 159.

SANTY et MALLET-GUY. — Cholécystostomies et vésicules de stase, l'excrétion alternante de bile et de mucus. Lyon Chirurgical, 1930, XXVII, 750-768.

SONNENFELD. — Der bilirubingehalt des Duodenalsofters als Mass des Hämolyse beim Morbus Biermer. Mediz-Klinik, 2 nov. 1922, N° 44, p. 1391.

STRISOWER. — Beiträge zur Frage des Ikternes nüt besonderer Berücksichtigung der Duodenalsaft und Serumuntersuchung (Wiener Archiv. f. inn Medizin, 1922, t. III, fasc. 1, 2, p. 152-227).

SUTON. — Changes in intrahepatic bile ducts following cholecystomy. Annales of surgery, t. CXL, n° 1, janvier 1930, p. 65.

VOTTERO. — Bile noire et atonie du cholédoque. (Riforma Medica, XLIX, n° 9, 4 mars 1933).

ZITZERMANN (Simon Samuel). — Rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire. La bile noire. Thèse de Paris, 1929.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	3
I. <i>Syndrome de la bile noire</i>	13
II. <i>Les affections dans lesquelles on peut rencontrer le syndrome de la bile noire</i>	25
A) La bile noire par obstacle mécanique sur les voies d'excrétion	72
B) La bile noire dans la cholécystatonie	30
C) La bile noire dans les troubles d'ordre hépatique ou humoral avec manifestations angiocholécystiques	38
1) Syndrome de la bile noire hépato humorale dans les cas purs, chez les hépato colitiques de MM. Desplas et Jacques Dalsace sans infection vésiculaire	41
2) Syndrome de la bile noire hépato humorale avec association de lithiase biliaire sans infection vésiculaire	54
3) Syndrome de la bile noire hépato humorale avec association de cholécystite non lithiasique	63
4) Syndrome de la bile noire hépato humorale avec association à la fois de lithiase et d'infection des voies biliaires	70
D) La bile noire dans les ictères hémolytiques ..	77
E) La bile noire au cours de certains ictères chroniques sans obstacle sur les voies biliaires	87

III. <i>Diagnostic du syndrome de la bile noire. Diagnostic de la forme clinique en présence de laquelle on se trouve</i>	99
IV. <i>Indications thérapeutiques dans les diverses formes cliniques du syndrome de la bile noire</i>	120
V. <i>Constatations chimiques dans les biles noires</i> ...	145
VI. <i>Essai sur la pathogénie des biles noires</i>	150
CONCLUSIONS	153
OBSERVATIONS	155
BIBLIOGRAPHIE	163

